

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N° 246  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1898 à 1 heure*

Par BERNARDIN ROCCA

Né à Sainte-Marie Figaniella (Corse), le 5 juillet 1871.

DU MÉNINGISME  
DANS LES  
MALADIES INFECTIEUSES

*Président : M. DIEULAFOY, professeur.*

*Juges : MM. GRANCHER, professeur.  
NETTER, CHARRIN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
15, Rue Racine, 15

1898



246

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1898 à 1 heure*

Par BERNARDIN ROCCA

Né à Sainte-Marie Figaniella (Corse), le 5 juillet 1871.

---

DU MÉNINGISME

DANS LES

MALADIES INFECTIEUSES

---

*Président : M. DIEULAFOY, professeur.*

*Juges } MM. GRANCHER, professeur.  
NETTER, CHARRIN, agrégés.*

---



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
15, rue Racine, 15

1898

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

| Doyen.                                                                  | Professeurs | M. BROUARDEL<br>MM. |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      |             | FARABEUF.           |
| Physiologie . . . . .                                                   |             | CH. RICHET.         |
| Physique médicale . . . . .                                             |             | GARIEL.             |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                           |             | GAUTIER.            |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                   |             | BLANCHARD.          |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                         |             | BOUCHARD.           |
| Pathologie médicale . . . . .                                           |             | HUTINEL.            |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       |             | DEBOVE.             |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         |             | LANNELONGUE.        |
| Histologie . . . . .                                                    |             | CORNIL.             |
| Opérations et appareils . . . . .                                       |             | MATHIAS DUVAL       |
| Matière médicale et pharmacologie . . . . .                             |             | TERRIER.            |
| Thérapeutique . . . . .                                                 |             | POUCHET.            |
| Hygiène . . . . .                                                       |             | LANDOUZY            |
| Médecine légale . . . . .                                               |             | PROUST.             |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    |             | BROUARDEL.          |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          |             | LABOULBENE.         |
|                                                                         |             | CHANTEMESSE.        |
| Clinique médicale . . . . .                                             |             | POTAIN.             |
|                                                                         |             | JACCOUD.            |
|                                                                         |             | HAYEM.              |
|                                                                         |             | DIEULAFOY.          |
|                                                                         |             | GRANCHER.           |
| Maladie des enfants . . . . .                                           |             | JOFFROY.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . |             | FOURNIER.           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               |             | RAYMOND.            |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      |             | TILLAUX.            |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         |             | BERGER.             |
|                                                                         |             | DUPLAY.             |
|                                                                         |             | LE DENTU            |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     |             | GUYON.              |
| Clinique ophthalmologique . . . . .                                     |             | PANAS.              |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      |             | N.                  |
|                                                                         |             | PINARD.             |

## Agrévés en exercice.

| MM.        |              |                   |          |
|------------|--------------|-------------------|----------|
| ACHARD     | GAUCHER      | MARIE             | SEBILEAU |
| ALBARRAN   | GILBERT      | MÉNÉTRIÉR         | THIERRY  |
| ANDRE      | GILLES DE LA | NELATON           | THOINOT  |
| BAR        | TOURETTE     | NETTER.           | TUFFIER  |
| BONNAIRE   | GLEYS        | POIRIER, chef des | VARNIER  |
| BROCA      | HARTMANN     | travaux anatomi-  | WALTHER  |
| CHARRIN    | HEIM         | ques.             | WEISS    |
| CHASSEVANT | LEJARS       | RÉTTERER          | WIDAL    |
| DELBET     | LETULLE      | RICARD            | WURTZ    |
|            | MARFAN       | ROGER             |          |

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris  
(Hôtel-Dieu).

Membre de l'Académie de médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

*Nous fait un bien grand honneur en acceptant la présidence de  
cette thèse ; qu'il veuille bien croire à notre vive gratitude, et  
qu'il accepte l'hommage de notre profond respect.*

## A MONSIEUR LE DOCTEUR JOSIAS

*Nous manquerions à notre devoir, si nous ne mettions pas en tête de ce modeste travail, le nom du maître éminent et estimé qui l'a inspiré.*

*Notre reconnaissance est grande, et M. le Dr Josias peut être assuré que jamais nous n'oublierons l'hospitalité large et généreuse que nous avons trouvée dans son service de l'hôpital Trousseau.*

*Ses conseils éclairés, sa haute expérience, nous ont rendu facile l'étude si ardue des maladies infantiles, et si, plus tard, le succès vient couronner nos efforts, c'est à lui que nous en attribuons tout l'honneur.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE :

MONSIEUR LE DOCTEUR COMBALAT

MONSIEUR LE DOCTEUR LAGET

MONSIEUR LE DOCTEUR FALLOT

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE PARIS :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACCOUD

MONSIEUR LE DOCTEUR TALAMON

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR TARNIER

# DU MÉNINGISME

DANS LES

## Maladies Infectieuses

---

### INTRODUCTION

Au début d'une maladie infectieuse, au milieu des signes qui traduisent l'intoxication générale de l'organisme, il peut arriver que la symptomatologie méningitique prenne une importance prédominante, au point de donner à la maladie une allure toute spéciale, et de faire errer le diagnostic. Tous les organes peuvent réagir séparément contre l'infection, et nous connaissons, pour ne prendre qu'un exemple, les formes bilieuses, pneumoniques, etc., de la fièvre paludéenne. Quelquefois, c'est le système nerveux qui accapare toute l'attention du clinicien, et prend l'aspect de la méningite tuberculeuse.

Mais s'il peut se produire une véritable méningite due à un agent autre que le bacille de Koch, s'il peut même se faire que nous ayons devant nous une lésion bacillaire des méninges, provoquée, activée par l'infection intercurrente, les cas sont nombreux aussi, où le méningisme, effrayant à première vue, est seul en jeu.

C'est ce complexe méningitique, que Dupré a doté du nom de méningisme, qui était connu depuis Bouchut sous le nom de pseudo-méningite, et dont on a fait pen-

dant longtemps des méningites guéries, que nous nous proposons d'étudier.

Nous laisserons de côté l'histoire du méningisme : il est trop bien fait dans les thèses de Paris des Dr<sup>s</sup> Pochon et Rœsch, et dans celle de Lyon du Dr Auguin ; après eux il ne nous resterait plus qu'à glaner.

Nous discuterons surtout les différentes théories pathogéniques qui ont été émises sur le mode de production du syndrome. Mais l'objet principal de ce travail, sera *l'étude diagnostique du méningisme au début des maladies infectieuses*.

La tâche en est lourde, et nous nous estimerons heureux, si dans la mesure de nos modestes forces, nous aurions pu contribuer à aplanir : « le double écueil qui menace  
« tout médecin au début de sa carrière, et dont le praticien le plus expérimenté n'est pas toujours mis à  
« l'abri, à savoir : de méconnaître la méningite tuberculeuse  
« dans ses formes larvées et latentes, et, en second lieu,  
« d'affirmer à tort son existence en face de symptômes  
« cérébraux indépendants de toute tuberculisation méningée. En pareil cas, l'évènement ne tarde pas à démon-  
« trer l'inanité de ce diagnostic erroné, émis trop prématurément, en même temps qu'il infirme la gravité du pronostic fondé sur ces inductions fautives.

« Erreur doublement regrettable, car elle entraîne à la fois de cruels démentis et de tristes mécomptes » (JACCOUD ET L. LAGRAVE).

## ÉTIOLOGIE

Le méningisme est remarquable par la diversité de ses causes : nous admettrons des causes prédisposantes et des causes occasionnelles.

*Causes prédisposantes.* — Chez les malades présentant des accidents méningitiques on trouve fréquemment dans les antécédents héréditaires et personnels les manifestations nerveuses les plus diverses; tantôt le père, la mère, un frère ou une sœur ont eu des attaques d'hystérie, des crises épileptiques, des convulsions, ou bien sont doués d'une émotivité spéciale. Tantôt c'est le sujet lui-même qui a eu des convulsions dans sa première enfance, ou la chorée plus tard, qui souffre souvent de maux de tête, qui est sous l'empire d'une excitabilité nerveuse particulière. Dans presque toutes les observations on a noté le nervosisme dans les antécédents; chose importante: on peut dire que chez ces individus à hérédité entachée de nervosisme, ce sont les symptômes nerveux qui prédomineront à chaque maladie.

A un degré moindre, mais bien souvent cependant, les antécédents mettent en évidence la tuberculose: parents morts tuberculeux, frères ou sœurs morts de méningite; dans notre observation nous trouvons un père atteint de bronchite chronique (?), et un frère ayant succombé à 11 mois de méningite. On dirait que cette grande tare donne à l'encéphale une sensibilité exceptionnelle, puisque sous

le coup d'une infection quelconque, c'est lui qui réagira avec le plus d'intensité, tandis que les autres organes seront moins sensibles. Nous insistons sur les antécédents tuberculeux, en tant que cause prédisposante du méningisme, car leur constatation fait surtout penser à la méningite, et peut causer des erreurs de diagnostic.

L'âge, le sexe, influent aussi sur la production du syndrome de Dupré. C'est en effet chez l'enfant de 3 à 8 ans, et chez la femme qu'on le rencontre le plus souvent. Rare chez l'adulte, il est presque inconnu dans la vieillesse.

*Causes occasionnelles.* — Dupré admet trois sortes de causes occasionnelles ; réflexes, toxiques, infectieuses. Les causes *réflexes* sont nombreuses ; c'est tantôt une violente émotion comme dans l'observation de Galliard ; tantôt une forte peur comme dans les observations de Regnaud (1) et Solier (2). On range aussi parmi les causes d'ordre réflexe l'helminthiase, la coprostase, la dentition douloureuse. L'helminthiase est une cause fréquente de méningisme contre laquelle on ne se met pas trop en garde, et à laquelle on doit toujours penser.

Les causes *toxiques* ne sont pas à négliger ; rares chez l'enfant on les trouve surtout chez l'adulte. Elles sont dues à un empoisonnement volontaire, accidentel, ou professionnel (opium, atropine, santonine, phosphore, plomb, mercure, etc.), mais souvent aussi l'intolérance individuelle pour certains médicaments est seule coupable : témoin le cas de fausse méningite dû à la créosote rapporté par M. le docteur Faisans, et celui relaté par Comby et Fren-

1. Regnaud, *Loire médicale*, 1886, n° 3.

2. Sollier, *France médicale*, 1891, p. 2.

kel, qui survint à la suite d'une application de vésicatoire. Nous ferons rentrer dans cette classe les accidents méningitiques produits par l'urémie.

Mais les causes les plus importantes, celles qui donneront le plus souvent naissance à la pseudo-méningite, sont les *maladies infectieuses*. Depuis le simple embarras gastrique qu'un vomitif dissipe, jusqu'à la scarlatine, toutes ont été incriminées, et nombreuses sont les observations qui décrivent le syndrome de Dupré au début ou au cours d'une infection quelconque. En première ligne nous mettons la grippe ; « la grippe aime le système nerveux » (Joffroy) ; certaines épidémies grippales se sont en effet signalées par la prédominance des symptômes nerveux en général, et méningitiques en particulier. On peut même dire que le méningisme a été surtout étudié au cours des nombreuses épidémies de ces dernières années. La pneumonie et la broncho-pneumonie ont donné lieu à beaucoup d'observations de fausses méningites ; puis viennent la fièvre typhoïde, le thyphus exanthématique, l'impaludisme, le rhumatisme articulaire aigu, la scarlatine, la rougeole, la variole.

En dehors de ces trois catégories, d'autres causes que l'on pourrait qualifier de *physiques*, peuvent faire éclater le méningisme. Ainsi on l'a vu apparaître à la suite d'une grande fatigue, du surmenage physique et intellectuel, d'une longue exposition de l'enfant au soleil, d'un traumatisme.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — PATHOGÉNIE

Le méningisme a suivi différentes phases ; considéré d'abord comme une méningite tuberculeuse guérie, il fut ensuite connu sous le nom de *pseudo-méningite*, et Bouchut en fit : « de véritables poussées méningitiques qui avortent ». Mais la question ne fut vraiment étudiée que dans ces dernières années. Alors parurent les observations de Claisse, Bergé, Belfanti, Auscher, Krannals, observations relatant la symptomatologie de la méningite tuberculeuse, au cours d'une infection quelconque, et suivies d'autopsie. Dupré créa le nom de *méningisme* qui fit fortune. Dans toutes ces autopsies, l'état des méninges était normal ou presque normal ; pas de granulations tuberculeuses, pas d'inflammation, pas de lésion anatomique. A peine un peu de congestion passive. L'examen du liquide céphalo-rachidien ne décelait pas le moindre agent pathogène.

L'observation de Claisse est typique : chez un enfant de 3 ans 1/2, entré le 20 juin 1892 à l'infirmerie des Enfants. Assistés, avec un foyer de broncho-pneumonie de la base gauche : signes méningitiques : photophobie, convulsions, vomissements, constipation, contracture des membres, raideur de la nuque, strabisme, raie méningitique. Tous ces phénomènes rendaient presque indiscutable le diagnostic de méningite tuberculeuse. Mort dans le coma, autopsie :

« *Poumons* : — On constate la présence de deux foyers hépatisés, l'un à la base gauche, l'autre dans le lobe moyen du  
« poumon droit.

« *Méninges* : — A part une hyperhémie modérée, les méninges  
« sont normales et ne présentent pas de phénomènes inflamma-  
« toires. Le liquide céphalo-rachidien est en assez grande  
« quantité, limpide.

« 1° *Examen bactériologique*. — *Poumons* : — L'examen bacté-  
« riologique dans le détail duquel il est inutile d'entrer ici, mon-  
« tre qu'il s'agit d'une broncho-pneumonie à pneumocoques.

« 2° *Méninges* : — Un peu de liquide céphalo-rachidien re-  
« cueilli dans une pipette stérile, est soumis à une triple vérifi-  
cation :

« a. — Examen sur lamelles.

« b. — Ensemencement en bouillon sur agar et sur gélatine.

« c. — Inoculation à une souris blanche.

« Sur les lamelles colorées par divers réactifs on ne trouve  
« pas de bactéries ; les milieux de cultures restent stériles ; la  
« souris ne meurt pas. Le liquide examiné est donc aseptique ».

Ainsi donc la caractéristique du méningisme est l'absence de lésion anatomique, l'absence d'infection des méninges. Plus que jamais on nia les guérisons de méningite tuberculeuse publiées, et tous ces cas furent rattachés au méningisme. Nous ne parlerons pas de la possibilité de la guérison de la méningite tuberculeuse que quelques observations attestent pourtant d'une manière probante. Freyhan (1) en effet a vu disparaître le syndrome méningitique dont la nature ne pouvait être mise en doute grâce à la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, liquide qu'il avait retiré par la ponction lombaire. Kleïn a observé le même syndrome chez 5 enfants : la guérison se fit. A la mort qui survint soit

1. Freyhan. *Deut. Méd. Woch.* 1874, p. 707.

par récédive, soit par une autre maladie, il trouva dans les méninges des tubercules guéris...

L'absence de lésion méningée étant admise, par quel moyen pourraient se produire les phénomènes nerveux observés ? M. le professeur Hutinel se rallie à la théorie de Belfanti. Devant les troubles de la circulation encéphalique que l'autopsie dévoile presque toujours, devant la congestion passive, la stase sanguine remarquée dans les vaisseaux veineux du cerveau, il admet une vaso-dilatation produite par les toxines microbiennes. Ces troubles vaso-moteurs peuvent se faire dans tous les organes, mais chez l'enfant les toxines ont une prédilection pour l'encéphale. On conçoit que ces effets puissent disparaître sans trace, ou entraîner la mort.

D'autres auteurs nient toute action directe aux toxines et aux microbes : le méningisme n'est pour eux que de l'hystérie sous une forme nouvelle, qu'une cause quelconque réveille ou met en évidence pour la première fois. Les malades ont eu déjà dans leurs antécédents personnels des attaques franches, ou bien ils en auront plus tard, et alors le diagnostic rétrospectif sera fait. Presque toujours on trouve des antécédents héréditaires nerveux.

Des observations prouvent la vérité de cette théorie, et nous ne citerons que la plus connue, et une des plus caractéristiques : celle d'Ollivier (1). Le méningisme hystérique peut absolument imiter la méningite tuberculeuse dans toutes ses périodes, ou les méningites aiguës. Constipation, vomissements, céphalalgie, contractures, stra-

1. Ollivier. *Congrès pour l'avancement des sciences*. Marseille 1891.

bisme, diplopie, etc., tous les symptômes y sont : la fièvre même, la fièvre hystérique a été mise en évidence, et son tracé thermique peut imiter à merveille celui des méningites tuberculeuse ou aiguë. M. Gille de la Tourette s'est même élevé contre le terme de méningisme qui, d'après lui, n'a aucune raison d'être, puisque la plupart des accidents ainsi désignés ressortissent à l'hystérie, et qu'il ne sert qu'à éviter de faire un diagnostic.

Mais est-ce à dire que puisque la plupart des malades présentant le syndrome méningitique ont guéri, est-ce à dire que l'on doit admettre l'absence de lésion dans les méninges ? Devons-nous ériger en règle générale que la caractéristique du méningisme est l'intégrité des méninges et des couches corticales du cerveau ? Rendre responsable de ces troubles nerveux les toxines secrétées par les microbes, est vrai, mais c'est être trop exclusif. Les mettre sur le compte de l'hystérie, et faire d'elle la coupable, est encore vrai, mais ce serait trop généraliser le rôle de la « grande simulatrice ».

Ne vaut-il pas mieux admettre un troisième facteur, c'est-à-dire la possibilité d'un commencement d'inflammation des méninges ?

M. le professeur Grasset (de Montpellier) dans une observation de méningisme au cours d'une fièvre typhoïde et suivie d'autopsie, émet comme conclusion : « que la « symptomatologie entière de la méningite peut être produite par des *altérations* assez légères, fugaces ou dissimulées pour pouvoir guérir *totale*ment, ou ne pas être constatées à l'autopsie la mieux faite »,

MM. Cornil et Durante dans deux communications à

L'Académie de médecine, citent trois observations de méningite grippale guérie. Antécédents nerveux dans deux cas, il est vrai, et on serait tenté d'attribuer les symptômes à l'hystérie. Mais dans une quatrième observation la malade meurt. A l'autopsie on trouve la pie-mère épaissie et infiltrée par un liquide jaune et opaque ; pas de microbes de la suppuration ni de la grippe. Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait suivi de mort des trois premiers qui ont guéri ? Les conditions épidémiques étaient les mêmes, mêmes symptômes effrayants, et pourtant la terminaison diffère. Et au lieu de penser à des manifestations hystériques comme pourraient le faire admettre les antécédents nerveux notés chez deux malades, ne devrait-on pas supposer qu'il y a eu lésion moins grave chez ceux qui ont guéri, lésion qui a regressé, au lieu d'aboutir à la mort comme chez le quatrième sujet.

C'est là l'opinion de M. le professeur Grasset ayant observé deux morts et une guérison à la suite de méningite pneumonique, il écrit : « Les deux premiers faits observés nous ont déjà montré des degrés divers dans la « lésion méningitique : chez le premier, nous étions arrivés au pus ; chez le second, nous n'avons pas dépassé « l'exsudat fibrineux. Pourquoi ne pas admettre, chez « le troisième, un degré encore inférieur : une méningite à la phrase purement circulatoire ou très légèrement exsudative, un processus anatomique encore compatible avec la guérison. »

Nous pourrions prendre aussi des exemples dans la thèse du docteur Vigne : dans une épidémie de méningite cérébro-spinale d'origine grippale, il a vu quelques morts

mais la plupart des malades ont guéri. Dans les cas heureux comme dans les cas malheureux la symptomatologie était la même. *A priori*, nous ne pouvons pas supposer que la même cause ait produit chez des soldats soumis aux mêmes conditions hygiéniques et épidémiques, vivant dans le même milieu, supportant les mêmes fatigues, ait produit, disons-nous, chez l'un des lésions allant jusqu'au pus, par conséquent une infection directe des méninges, chez les autres une congestion encéphalique due aux toxines sécrétées, chez d'autres enfin, un réveil ou une provocation d'accidents hystériques.

Enfin nous avons plus que des hypothèses. Des autopsies ou des constatations directes de l'agent pathogène dans le liquide céphalo-rachidien pendant l'évolution même des accidents méningitiques, attestent l'existence des méningites guéries. Jemma (1) (de Gênes), a pratiqué la ponction de Quincke au cours d'une dothiéntérie compliquée du syndrome de Dupré, et a trouvé le bacille d'Eberth dans le liquide qu'il avait retiré. Ce fait vaut une autopsie ; il démontre que les méninges étaient infectées puisque le liquide céphalo-rachidien contenait un agent pathogène. L'observation de M. Rendu publiée dans la thèse du D<sup>r</sup> Pochon ne laisse aucun doute puisque nous avons le contrôle irréfutable de l'autopsie : pseudo-méningite survenue au cours d'une infection intestinale, convalescence. Le malade quitte le service pour aller à Vincennes ; retour quelque temps après avec pneumonie ; mort, autopsie. A l'examen du cerveau : « pas de

1. R. Jemma (de Gênes). 8<sup>e</sup> Congrès de la société italienne de Med., int. tenu à Naples du 20 au 24 octobre 1897.

« granulations, pas d'épanchement ventriculaire. Ménin-  
« ges épaissies très adhérentes à la surface des circon-  
« volutions ». C'était donc une méningite guérie, ménin-  
gite qui par le seul motif de sa terminaison non mortelle,  
devait être classée au nombre des observations de mén-  
ingisme.

Donc le seul fait de la guérison n'implique pas l'absence  
de lésions méningées. Puisque la grande base du ménin-  
gisme est la guérison, puisque dans ces cas le contrôle  
microscopique, le seul qui pourrait établir la lumière est  
difficile, dangereux quelquefois, et souvent infidèle, nous  
ne pouvons pas admettre comme facteurs uniques de ce  
phénomène, les troubles vaso-moteurs dus aux toxines  
d'une part, et à l'hystérie d'autre part, et exclure la pos-  
sibilité d'une lésion méningée disparue par régression.

Si l'on considère les toxines microbiennes, l'hystérie,  
et l'infection méningée directe comme les producteurs des  
troubles qualifiés de méningisme, on est en droit de se  
demander comment des provocateurs si différents comme  
forme et comme gravité, puissent produire une sympto-  
matologie semblable. A cela on peut répondre que le  
même organe réagira toujours en produisant les mêmes  
phénomènes, que l'excitation qui le provoque soit intense  
ou légère.

Curti pense que suivant qu'il y aura une plus ou moins  
forte dose de toxines, on aura des symptômes plus ou  
moins accentués. Nous ne savons si cette opinion est vraie  
dans le méningisme par toxines, mais elle ne pourrait  
certainement pas s'appliquer aux accidents par véritable  
lésion méningée. Nous voyons en effet chez les vieillards,

chez les alcooliques, chez les débilités de toute espèce, de vraies méningites évoluant jusqu'à la mort, dans le plus grand silence, des méningites avec grands dégâts anatomiques que l'autopsie seule dévoile, sans que le moindre signe puisse pendant la vie les faire soupçonner ; tandis que chez les enfants et chez les adultes la moindre altération fugace et légère peut produire des accidents méningés effrayants, au point de mettre le praticien en demeure d'émettre un diagnostic erroné et par conséquent un faux pronostic. Il est probable qu'il en est de même pour les toxines, et que l'intensité des phénomènes nerveux n'est pas toujours en raison directe de leur dose. La localisation toujours la même d'une excitation variable comme nature et comme puissance, est seule coupable, explique seule ces phénomènes. « La localisation, dit M. Comby, « dans les fausses comme dans les vraies méningites « est la même, d'où la similitude des symptômes réaction-  
nels. Mais la nature du mal est essentiellement différente « dans les deux cas, d'où la diversité des terminaisons ».

C'est aussi l'opinion de M. le professeur Grasset : « les symptômes d'une maladie nerveuse quelconque, sont en rapport, non avec la nature mais avec le siège de l'altération ».

Altérations circulatoires, fonctionnelles, organiques, auront même symptomatologie si elles ont même siège.

Si les troubles méningitiques sont plus accentués et plus fréquents chez l'enfant, cela s'explique : « par l'intensité « des processus nutritifs dont l'écorce cérébrale est le « siège, à un âge où le développement des circonvolutions « acquiert son maximum d'activité ». (Dupré).

Hystérie, toxines, lésions légères des méninges, voilà donc ce que l'on peut incriminer dans la production du méningisme. A première vue ces trois facteurs paraissent disparates; l'hystérie surtout semble n'avoir aucun lien de parenté avec les deux autres. Mais nous ferons remarquer que nous discutons le méningisme dans les maladies infectieuses; l'agent essentiel de la maladie sera toujours la cause première du syndrome. C'est lui qui secrète les toxines et est responsable de leurs effets consécutifs. C'est lui qui infecte l'encéphale directement; ou bien indirectement en affaiblissant l'organisme et en créant par suite dans les méninges un milieu de culture favorable à d'autres microbes. C'est lui enfin qui produit ce méningisme hystérique caractérisé anatomiquement par l'absence complète de lésion. Il pénètre dans l'organisme d'un individu en puissance d'hystérie; il la provoquera ou la réveillera naturellement, par son action propre ou par ses toxines, comme le feraient un traumatisme, une émotion ou des vers intestinaux. Et si cette hystérie produit le méningisme au lieu de donner naissance à d'autres effets, c'est que son action invisible aux investigations scientifiques actuelles, sera localisée dans la même zone que les lésions macroscopiques productrices des mêmes symptômes.

## CE QU'IL FAUT ENTENDRE PAR MÉNINGISME

On a défini le méningisme : « un syndrome reproduisant le tableau clinique de la méningite tuberculeuse, mais sans bases anatomiques, sans lésion des méninges » (Romme).

Interprété ainsi, le syndrome de Dupré serait très rare ; la plupart des observations rapportées sous l'étiquette de méningisme devraient en être éliminées. Seuls, les cas où l'hystérie serait en jeu d'une manière évidente, pourraient nous permettre de supposer une absence probable de lésion des méninges. Nous disons probable, car le nervosisme se rencontre aussi fréquemment dans les antécédents de la méningite que du méningisme, et nous savons que tel enfant à souche nerveuse offre une vulnérabilité plus forte de l'encéphale, et est disposé aussi bien à la méningite qu'au méningisme. Ainsi même dans l'hystérie, nous ne saurions être sûrs de l'intégrité des couches corticales du cerveau et de la pie-mère. Or dans le méningisme par toxines microbiennes, l'encéphale n'est point dans son état normal. Il y a œdème plus ou moins léger du cerveau, ou augmentation du liquide céphalo-rachidien ; et si la congestion est assez forte, il peut y avoir hémorragie capillaire dans les couches corticales. Même dans ces cas, la « base anatomique » existe, et pourtant la plupart des auteurs rangent les observations de Bergé, Glaisse, Krannals, Grasset dans

la classe du méningisme. C'est déjà, il nous semble, s'éloigner de la définition de Romme.

Au chapitre de l'anatomie pathologique nous avons essayé de démontrer en mettant à contribution les opinions des auteurs les plus compétents, et surtout par des exemples incontestables, que les maladies infectieuses peuvent produire, outre le méningisme sans lésion, des symptômes méningitiques dus à un commencement de méningite légère. Nous avons essayé de démontrer aussi, combien il est difficile de séparer cette catégorie de faits du syndrome de Dupré. En voulant dire méningisme dans le premier cas, méningite dans le second, on s'expose à confondre les deux, car les signes différentiels n'existent pas, et nous concluons que le méningisme peut avoir lieu tout aussi bien sans base anatomique, qu'avec lésion légère des méninges.

#### DESCRIPTION CLINIQUE.

Il est difficile de décrire le méningisme. Si les symptômes sont toujours les mêmes, la manière dont ils se présentent diffère chez chaque malade, et rarement ils sont au complet. Tantôt c'est tel phénomène qui domine la scène, tandis que les autres ont des proportions minimales. Tantôt même c'est un symptôme important qui fait défaut. Dans un cas, c'est l'invasion qui est brusque ou longue, dans un autre c'est la fin qui est écourtée, ou au contraire traînante. Il y a autant de méningismes qu'il y a de malades. La description qu'on peut en donner sera donc purement schématique.

Très souvent le méningisme dans les maladies infectieuses n'a pas de prodromes ; tel enfant qui s'est levé bien portant, qui a joué avec entrain toute la journée, est pris subitement d'une céphalalgie intense, ou de convulsions ; il a une fièvre forte de 39° à 40°. En même temps surviennent des vomissements répétés. Mais souvent aussi il y a des prodromes (1) : le petit malade est mal en train depuis quelques jours ; il accuse une lassitude généralisée ; son appétit diminue, et il se plaint légèrement de la tête. La nuit il a un peu de fièvre accompagnée de délire. Mais bientôt la scène change, tous ces symptômes s'accroissent et nous entrons dans la phase aiguë. La *céphalalgie* en effet devient atroce, au point d'arracher des *cris plaintifs* caractéristiques au malade ; elle est diffuse, sans répit ni exacerbations, tout aussi forte à la région frontale qu'à la région occipitale ; aucun topique ne l'amende, et c'est là un de ses caractères importants.

Les *vomissements* sont typiques : ils peuvent apparaître d'emblée, et être le premier signe du syndrome, ou bien ne survenir qu'à la période confirmée. Ils forment le symptôme le plus important de la méningite et du méningisme. Leur caractère essentiel, pour ainsi dire original, c'est de paraître brusquement, sans qu'il y ait eu le moindre malaise à l'estomac. Ils présentent en un mot le cachet des vomissements cérébraux dont le propre est de se répéter spontanément ou à l'occasion du moindre mouvement, sans nausées, sans le moindre effort

1. Obs. II, in thèse Roesch.

« et sans autre douleur que celle de l'acte lui-même » (1). Ils sont, quant à leur nature, alimentaires d'abord, puis muqueux, puis bilieux.

A ces deux symptômes constants, vient se joindre un troisième tout aussi important, mais inconstant. La *constipation* forme en effet avec la céphalalgie et les vomissements le *trépied méningitique* mis en évidence par les anciens auteurs. Complète dès le premier jour, elle peut être assez forte pour résister aux lavements et aux purgatifs; mais dans beaucoup d'observations nous voyons qu'elle peut ne survenir qu'assez tard, ou même être remplacée par de la diarrhée.

A ce moment, l'aspect du malade est caractéristique. Couché sur le côté en *chien de fusil*, ses yeux fuient la lumière; il crie au moindre attouchement (*Hyperesthésie musculaire*). Le ventre est *excavé en bateau*. Si nous regardons ses yeux, nous constatons presque toujours de la *dilatation pupillaire*, très rarement de *l'inégalité* des pupilles, souvent du *strabisme*.

Des troubles vaso-moteurs apparaissent: *rougeur fugace* des téguments au frottement le plus léger; raie méningitique, refroidissement des extrémités. A côté de tous ces phénomènes, nous trouvons des *troubles de la motricité*: la tête est maintenue *en arrière* par la contracture des muscles de la nuque, contracture qui peut être assez accentuée pour qu'une main passée derrière l'occiput ne détermine, en tirant à elle, aucune flexion du cou et même du dos. Il peut y avoir des contractures et même des convulsions localisées à un membre ou généralisées.

1. Huchard et Axenfeld in *Traité des névroses*.

Ce sont là tous les symptômes révélateurs de la souffrance des méninges ; dans le méningisme comme dans la méningite on les retrouve presque toujours. La température, le pouls, et le rythme respiratoire présentent une marche plus capricieuse, et pour cette raison, nous les avons omis dans cette description d'ensemble de la pseudo-méningite. On a décrit à la méningite une période dans laquelle le thermomètre marquait  $38^{\circ}$  à  $38^{\circ}, 5$  ; une seconde période dans laquelle la température revenait à la normale, et une période finale caractérisée par une ascension thermique de  $40^{\circ}$  à  $41^{\circ}$ . Dans le méningisme souvent on ne voit rien de pareil ; dès le premier jour le thermomètre peut marquer  $40^{\circ}$  à  $41^{\circ}$  ; puis il baissera en présentant une courbe tout-à-fait irrégulière jusqu'à la convalescence. Quelquefois même on observera l'absence complète de fièvre, comme dans l'observation de Grasset. Mais que de fois le tracé thermique sera pour ainsi dire calqué sur celui de la méningite ! L'observation I de Pochon en est un bel exemple.

Le *pouls* est aussi inconstant dans ses allures : la plupart du temps il suit la marche ascensionnelle de la température ; mais quelquefois il peut être accéléré malgré une fièvre légère, et même l'absence de fièvre. On a voulu faire de la *régularité* des pulsations, une règle générale dans la pseudo-méningite ; mais bien des observations prouvent le contraire, (Obs. I. Pochon, Sevestre, Grasset, la nôtre), c'est là un point commun de plus avec la méningite. Le pouls peut être aussi *ralenti* malgré une forte fièvre.

La *respiration* est un peu *accélérée* ; rarement elle sera irrégulière comme dans la méningite.

La *langue* ne présente pas toujours les mêmes caractères : sèche, et comme rôtie en générale, elle aura cependant, suivant la maladie qui donne naissance au syndrome de Dupré, une physionomie particulière ; c'est-à-dire qu'on pourra la trouver rouge sur les bords et effilée dans le méningisme typhique, sale dans l'impaludisme et l'embaras gastrique, framboisée ou recouverte d'un enduit blanc dans la scarlatine, opaline dans la grippe (Faisans).

Tels sont les symptômes du méningisme à sa période d'état. Comment évoluera-t-il ? Tantôt tous les phénomènes s'amendent peu à peu, et en huit à dix jours le malade est en pleine convalescence. C'est là le cas le plus habituel. Tantôt aussi, dans le méningisme, au début d'une infection, les symptômes tombent brusquement ou progressivement, mais la maladie infectieuse se démasque et suit son cours. Quelquefois, au moment où l'alarme est le plus forte, tout cesse subitement et le malade entre directement en pleine santé. Quelquefois on assiste à des alternations d'amélioration et de rechute, mais finalement tout rentre dans l'ordre.

Nous signalerons, comptant y revenir dans un chapitre spécial, l'apparition de *vésicules d'herpès* au cours du méningisme infectieux, apparition qui coïncide souvent avec une diminution de tous les symptômes.

## DIAGNOSTIC

La symptomatologie du méningisme calquée d'une manière si complète sur celle de la méningite tuberculeuse, nous fait déjà voir combien le diagnostic sera difficile. Tous les signes pathognomoniques de la lésion tuberculeuse des méninges nous les retrouvons dans la pseudo-méningite, et pourtant il est de la plus grande importance de discerner à laquelle des deux affections nous avons affaire. Qui dit méningite, suppose une maladie qui est réputée ne pardonner jamais ou presque jamais ; tandis que le méningisme comporte non seulement l'espoir, mais presque toujours la guérison à bref délai.

Malheureusement la clinique ne possède aucun signe certain pouvant dépister le méningisme ; toute la symptomatologie est une symptomatologie d'emprunt, et c'est précisément ce manque de manifestations propres, qui donne naissance à ce terme si vague, et à celui encore moins expressif de pseudo-méningite. Le seul signe particulier au syndrome de Dupré, c'est la guérison, et si l'on pouvait, grâce à un symptôme caractéristique et permanent, le reconnaître dans le courant même de la maladie, il n'aurait plus sa raison d'être.

Mais si nous ne possédons pas de signes cliniques indiscutables, par l'examen approfondi de tous les symptômes, par la singularité de leur enchaînement, par leur mode de succession, nous arriverons toujours à dire : ce

n'est pas une méningite, ou tout au moins à la mettre en doute.

Le syndrome de Dupré peut non seulement imiter le complexe symptomatique de la méningite tuberculeuse, mais aussi celui des méningites aiguës. Nous tâcherons donc de le différencier de la première d'abord, et ensuite de ces dernières.

Ce n'est qu'en analysant chaque symptôme en particulier, en regardant le mode d'invasion, en faisant une enquête sur les antécédents héréditaires et personnels, en recherchant les épidémies régnantes, que nous arriverons à nous faire une opinion. Il est un fait qui frappe dès le début, et bien mis en lumière dans la thèse du Dr Martin (Montpellier) : c'est que dans la méningite « les périodes symptomatiques traduisent en quelque sorte un processus anatomique qui ne peut rétrocéder ». Les symptômes sont nets, bien accusés. Dans la fausse méningite, au contraire, « tout montre une altération superficielle et mobile ».

On a voulu rechercher dans les antécédents l'explication du syndrome. Mais les antécédents, sont souvent trompeurs : dans notre observation nous trouvons un père atteint de bronchite chronique, un frère mort à 11 mois de méningite et un autre mort de péritonite tuberculeuse, et pourtant nous avons affaire à un beau cas de méningisme. Cette particularité nous la retrouvons dans un grand nombre d'autres observations, et nous n'avons pas hésité, pour cette raison, à faire de l'hérédité tuberculeuse une grande cause prédisposante de fausses manifestations méningées. La tuberculose héréditaire, loin donc de nous faciliter le diagnostic, ne sert souvent qu'à nous induire en erreur.

Nous ne voulons pas enlever aux antécédents tuberculeux l'importance qu'ils méritent dans la reconnaissance de la méningite, mais nous voulons faire remarquer que prédisposant au méningisme, ils ne peuvent avoir toute la valeur diagnostique qu'on leur attribue.

Nous en dirons autant des antécédents nerveux : s'ils prédisposent au syndrome de Dupré, ils peuvent amener aussi la méningite, et pas plus que l'hérédité tuberculeuse ne doit assurer la lésion des méninges, ils ne doivent certifier le méningisme. Néanmoins la présence de la tuberculose nous fera penser à la lésion bacillaire encéphalique, et le nervosisme au contraire nous fera émettre des réserves.

Une notion de premier ordre, dont il faut tenir grand compte, c'est la connaissance de l'épidémie régnante, du milieu épidémique dans lequel a vécu l'enfant. Il est évident que les troubles méningés simulant la méningite, survenant pendant une épidémie de grippe, de typhus exanthématique, etc., nous ferons croire que nous sommes en présence d'une manifestation nerveuse de cette épidémie.

Mais la coexistence d'une maladie épidémique peut manquer, et comme dans notre observation nous ne pourrions trouver aucune infection ambiante qui nous permette de la rendre responsable, il nous manquera alors un appoint important, et c'est à l'analyse des symptômes, à leur marche, à la présence de certains signes et à l'absence de certains autres qu'il faudra nous adresser.

Nous avons déjà dit que la méningite tuberculeuse débute par des prodromes : l'enfant change de caractère,

perd l'appétit, se plaint de la tête, puis 10 à 15 jours après, la terrible maladie se confirme. Ce n'est pas une règle absolue, et l'on voit la méningite éclater brusquement chez des enfants bien portants qui jouaient avec entrain quelques heures auparavant. Dans le méningisme les prodromes manquent la plupart du temps, et si on les moins observe, ils sont accentués, plus courts dans leur durée. D'ordinaire l'enfant qui ne se plaignait de rien, est pris subitement ou en peu d'heures de vomissements, céphalalgie, etc. Tel est le cas de notre malade. Cette brusquerie dans les accidents nous fera donc penser à la possibilité d'une fausse méningite.

Si nous remarquons que la céphalalgie vient sous forme de crises, si nous constatons des zones hystérogènes du cuir chevelu en dehors des crises (Bardol), nous aurons beaucoup de chances pour nous trouver en présence d'une manifestation hystérique à forme méningitique. Mais nous n'oublierons pas que le même caractère de céphalalgie peut s'observer dans la vraie méningite, puisqu'il n'est pas défendu à un tuberculeux d'être en puissance d'hystérie.

Les vomissements ayant les mêmes caractères dans les deux cas ne peuvent être d'aucune utilité pour la différenciation des deux maladies.

La constipation peut manquer dans le méningisme, et sans être une règle absolue dans la méningite, elle nous sera d'un grand secours lorsqu'elle est très prononcée ; il faudra cependant nous en défier, car, rarement, il est vrai, la *coprostase* au lieu d'être *symptôme* peut être *cause*, et avec elle disparaîtront tous les troubles.

La photophobie, la dilatation pupillaire, le strabisme sont communs aux deux maladies ; mais l'absence d'un de ses signes nous fera émettre des doutes sur la méningite. L'inégalité pupillaire, sans être un signe infaillible, est plutôt en faveur de cette dernière.

Nous n'attacherons pas grande valeur au ventre en bateau, et à la position en chien de fusil ; s'ils sont des signes importants de la symptomatologie méningitique, ils peuvent manquer dans le méningisme et la méningite et dans les deux on a vu le ventre ballonné au lieu d'être rétracté.

Nous arrivons ici à un groupe de symptômes bien plus intéressants au point de vue diagnostique : nous voulons parler des *caractères du pouls* et du *rythme respiratoire*. Dans la fausse comme dans la vraie méningite, le pouls peut être *ralenti* ou *accéléré*, et ce n'est pas dans ces deux caractères que nous pourrions trouver des probabilités en faveur de l'une ou de l'autre. Mais M. le professeur Pitres (de Bordeaux) nie l'*irrégularité* du pouls dans le méningisme, et nous voyons alors l'importance diagnostique que prendrait ce symptôme. Malheureusement nous le trouvons noté dans nombre d'observations de méningisme, telle que l'observation III de Lestra (thèse de Lyon), où l'on trouve de l'irrégularité et du ralentissement, et la nôtre ; le parti qu'on peut en tirer n'est donc pas aussi grand qu'on aurait pu le supposer.

Dans la méningite parvenue à l'apogée de son développement, la respiration devient suspirieuse, et il se produit de grands arrêts des mouvements respiratoires ; la maladie est visible alors, mais à son début, il se produit

d'autres perturbations du rythme respiratoire ; perturbations passant souvent inaperçues à un examen superficiel, mais qu'on pourra toujours constater par des investigations longues et approfondies. Si l'on découvre en effet le malade complètement et avec beaucoup de douceur dans les mouvements, et si on l'observe longuement, on remarquera de *l'irrégularité du type respiratoire*, de *l'irrégularité de l'amplitude des mouvements thoraciques*, et de la *dissociation des mouvements thoraciques et diaphragmatiques*. Ces signes, que M. le Dr J. Simon a mis en évidence, existeraient toujours au début de la méningite, et par conséquent leur constatation apporterait non seulement un appoint en faveur de celle-ci, mais la certitude.

L'étude du tracé thermique si important dans toutes les maladies aiguës pourra nous aider jusqu'à un certain point, mais ne sera pas un criterium infailible. D'une manière générale, des troubles méningitiques débutant brusquement et accompagnés d'une température de 39° à 40° et 41°, nous feront éliminer la méningite tuberculeuse ; mais que de fois le méningisme évoluera avec le tracé thermique classique de la méningite à sa première période ! Nous ne citerons comme exemple que l'observation I de Pochon (Paris) et celle de Noguès (Congrès Toulouse) dans laquelle la fièvre avait les mêmes caractères que dans la méningite tuberculeuse ; guérison brusque 4 jours après. Une autre particularité de la température qui deviendrait un signe diagnostique de premier ordre, s'il était constant, a été mis en avant par M. Pitres : c'est que la fièvre qui existe toujours dans la méningite,

serait au contraire toujours ou le plus souvent absente dans la pseudo-méningite. Ce signe aurait pu être en effet d'une importance capitale s'il était la règle; mais maintenant la fièvre hystérique est admise par un grand nombre d'auteurs et une température plus ou moins élevée est non-seulement signalée dans le méningisme infectieux mais même dans beaucoup d'observations du méningisme hystérique le plus pur. L'inverse a été noté dans la méningite et M. le professeur Jaccoud dans ses *Leçons cliniques* de 1883-1884, rapporte un cas de méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie, de forme atypique, qui évolua *sans fièvre et sans modifications du pouls*. Ces faits doivent-ils nous faire rejeter la valeur diagnostique de la température? Nullement, ils nous rendront seulement plus prudents, et nous penserons néanmoins qu'il y a beaucoup de probabilités en faveur du méningisme hystérique s'il y a absence de fièvre, en faveur du méningisme infectieux ou d'une méningite microbienne si la courbe thermique monte au-dessus de 38°,5.

M. le Dr Fosse attire l'attention sur les *troubles sécrétoires* pathognomoniques de la méningite, et qu'on ne retrouve pas dans la pseudo-méningite. Peau sèche, rugueuse, croûtes sur les lèvres, crises de sueurs, urine diminuée.

Nous ne dirons pas grand'chose du *coma* : on peut l'observer aussi dans le méningisme, mais s'il est très prononcé il dirigera notre attention dans le sens d'une tuberculose des méninges.

Les *troubles vaso-moteurs* n'ont pas de valeur diagnostique, et nous en dirons autant des *troubles de la*

*motricité* ; hyperesthésie cutanée, convulsions, contractions généralisées ou localisées; etc., sont notées des deux côtés dans toutes les observations.

..

En résumé la méningite tuberculeuse ne possède aucun symptôme propre qui ne soit simulé par le méningisme, et l'étude détaillée de chaque symptôme est impuissante à elle seule à nous donner une opinion complète. La clinique serait-elle donc incapable de faire le diagnostic ? Certes, elle ne pourra pas établir sûrement si l'on est en présence d'une lésion tuberculeuse des méninges ou de troubles sans importance, mais elle nous permettra toujours de mettre en doute une infection bacillaire de l'encéphale ; et dans une maladie dont le pronostic est considéré comme fatal, c'est déjà beaucoup que de pouvoir espérer.

Lorsque nous avons devant nous un malade présentant des troubles méningitiques, examinons minutieusement l'état du corps et surtout de la tête, et nous pourrons constater souvent des choses qui nous mettront sur la voie du diagnostic. Chez les enfants en particulier, une otite suppurée, une inflammation du canal lacrymal, une plaie du nez, de la gorge, pourront produire une infection directe des méninges. L'*otite* surtout étant constatée, on peut conclure presque sûrement à une méningite microbienne. Une arthrite tuberculeuse, un abcès froid, une coxalgie, un mal de Pott, nous feront craindre la méningite tuberculeuse. Si l'examen du corps est négatif, l'auscultation soignée des poumons pourra nous révéler des

signes certains de tuberculose, signes qui nous feront supposer la nature des phénomènes observés.

Le même examen des poumons pourra nous révéler une broncho-pneumonie ou une pneumonie, et il nous sera facile alors de rattacher à celles-ci les troubles des méninges, et d'assurer presque une fausse méningite.

La concomitance d'une endocardite nous fera réfléchir sur la possibilité d'une lésion anatomique de l'arachnoïde, par localisation dans ces deux séreuses du même agent pathogène, et chose grave par conséquent.

Si l'examen de tout le corps et de la poitrine est négatif, nous rechercherons les antécédents héréditaires et personnels ; ils n'ont, nous le répétons, rien de pathognomonique pour la méningite ou pour le méningisme, mais souvent ils attireront notre attention sur ce dernier, et alors l'étude de chaque symptôme en particulier, et de l'ensemble de tous les symptômes fortifiera peut-être cette première impression ; impression qui deviendra presque une certitude si la maladie évolue par *crises* et *soubresauts* et si nous trouvons des *stigmates hystériques*. Nous ne voulons pas faire de l'évolution par crises et soubresauts et de la présence de points hétérogènes une caractéristique du méningisme ; on peut les retrouver dans la méningite tuberculeuse, et nous voyons dans la thèse de Monestier une observation de méningite (obs. XVIII, Montpellier) dans laquelle la malade présenta du rétrécissement du champ visuel, des zones douloureuses correspondant aux points sus et sous-mammaires et ovarique gauche, et une anesthésie localisée à un bras. De plus la maladie évolua par crises et soubresauts, et cela n'a rien

d'étonnant car un hystérique peut être tuberculeux et un tuberculeux hystérique.

Il est enfin assez commun de remarquer au cours du syndrome de Dupré « une figure naturelle et un pouls régulier » à côté de tout ces symptômes si pénibles ; tandis qu'un amaigrissement rapide est l'apanage de la méningite. *L'aphasiè* serait aussi un signe certain de méningite.

..

Puisque la différenciation clinique de deux affections à symptômes semblables, mais à base anatomique et à pronostic si différents, est une chose qui paraît à la plupart des auteurs impossible à faire d'une manière sûre, il est aisé de comprendre que l'on devait demander à l'examen des urines, et à l'examen du sang, des signes irréfutables de diagnostic. M. Gille de la Tourette (1) en effet a préconisé la recherche de la formule de l'inversion des phosphates urinaires et M. Chantemesse a appliqué ce procédé avec succès dans un cas où le diagnostic était très difficile. Cette formule consiste en ce que : le rapport des phosphates terreux qui chez l'hystérique normal et l'homme sain est aux phosphates alcalins comme 1 est à 3, devient comme 1 est à 2 ou comme 1 est à 1.

M. le professeur Hayem (2) insiste sur la facilité du diagnostic du méningisme par l'examen du sang. Dans la méningite tuberculeuse en effet il y a *leucocytose* constante. Si l'on suppose les accidents méningitiques d'origine

1. Gille de la Tourette. *Soc. méd. hôp.* 10 janvier 1896.

2. Hayem. *Soc. méd. hôp.* 20 décembre 1896.

hystérique pure, cet examen tranche complètement la question ; mais lorsqu'on se trouve en présence d'une complication inflammatoire, comme c'est presque toujours le cas dans les maladies aiguës, il est évident que la leucocytose est sans valeur.

L'examen bactériologique du sang quelquefois si utile pour rechercher un agent pathogène quelconque, ne peut être ici d'un grand secours ; car en admettant que par exemple nous trouvions le bacille d'Eberth, la question n'est pas élucidée, puisque, outre la possibilité d'une poussée de vraie méningite provoquée par l'impulsion de cette maladie aiguë, trois hypothèses peuvent se présenter : ou nous pouvons avoir affaire à du vrai méningisme, ou à une méningite éberthienne, ou à une méningite due à un autre microbe tel que le pneumocoque, etc. ; et nous savons, grâce à de nombreux travaux, que dans une maladie infectieuse donnée, il se crée principalement dans les séreuses un *locus minoris resistentiæ*, où d'autres microorganismes de nature différente trouvent un milieu de culture favorable.

Mais un moyen bien plus important, et plein de hardiesse fut essayé par Quincke en Allemagne. Il s'agissait d'aller chercher dans le *liquide céphalo-rachidien* même, la cause des accidents. Comme dans la fièvre typhoïde on va chercher l'élément du diagnostic dans la rate, comme dans la pneumonie on demande au poumon le pneumocoque qu'il recèle, Quincke pratiqua la *punctio lombaire* du canal du rachis pour retirer le liquide céphalo-rachidien. Cette méthode très pronée en Allemagne et en Italie au point de vue diagnostique et théra-

peutique par plusieurs auteurs tels que Freyhan, Thiele (1), Jemma, etc., est encore contestée en France. Tandis que M. Comby hésite à l'employer d'une façon habituelle et courante, M. Marfan la considère comme inoffensive lorsqu'on ne fait pas d'évacuation abondante. Au point de vue diagnostique, M. Comby accuse la ponction d'être souvent sèche, et quelquefois même on ne trouve pas de bacille de Koch quoique la nature tuberculeuse des accidents soit réelle. M. Marfan au contraire l'envisage moins sévèrement. Trois manières s'offrent à nous de faire le diagnostic par le procédé de Quincke : par la pression, par l'aspect du liquide et son analyse, par l'examen bactériologique et son inoculation aux cobayes. La *pression* facile à observer, en ce que le liquide sort en jet, serait un signe de méningite tuberculeuse quand même on ne trouverait pas de bacille de Koch dans le liquide, mais il est établi que dans beaucoup de méningites tuberculeuses avérées, la pression était normale ou plus faible, et de plus les symptômes ne sont pas toujours en rapport avec la pression. L'*aspect* du liquide est plus utile à étudier ; il est *limpide* dans la méningite tuberculeuse, mais se trouble légèrement par le repos, et il est au contraire *trouble* dans les méningites cocciques. De plus, le liquide normal renferme 0,25 à 0,50 pour 100 d'*albumine*, et dans la méningite tuberculeuse, il dépasse 1 pour 100. L'examen bactériologique montre les différents *cocci*, mais le bacille de Koch est difficile à déceler, et quelquefois on ne le trouve pas ; l'*inoculation* au cobaye est encore moins pratique puisqu'elle fait attendre ses résultats au moins

1. Thiele, *Deut. med. woch.*, 10 juin 1897, n° 24, page 378.

trois semaines, ce qui donne le temps aux malades de mourir ou de guérir avant que l'on puisse établir le diagnostic.

En somme tous ces moyens artificiels ne sont pas trop pratiques et comme les moyens cliniques ne donnent pas une certitude parfaite. La recherche de la formule de l'inversion des phosphates elle-même qui est la plus simple de toutes ces méthodes, et celle qui nous offrirait des données les plus explicites, a été trouvée quelquefois en défaut.

..

Après avoir réussi à éliminer la méningite tuberculeuse on a fait la partie la plus importante du diagnostic, mais on n'a pas fait tout le diagnostic : il nous reste à déterminer la maladie infectieuse qui a suscité le méningisme, la maladie qui se cache sous la symptomatologie méningitique. Quelquefois même après avoir trouvé l'infection coupable, il nous faudra établir si c'est un méningisme sans danger que nous avons en face de nous, ou bien une vraie méningite microbienne, coccique. Pour les méningites aiguës bornons-nous à dire que le diagnostic est tout aussi difficile que pour la méningite tuberculeuse. Tous les symptômes sont bien plus exagérés que dans le méningisme et une température de 40° à 41°, une marche rapide et un coma précoce et intense doivent nous la faire craindre.

La plus commune des maladies aiguës qui donnent le méningisme est la *grippe*; c'est elle qui fournit le plus grand nombre d'observations, c'est chez elle qu'on a surtout étudié le syndrome, et c'est par elle que nous com-

mencerons. La connaissance de l'épidémie régnante, des prodromes à peine marqués, un début rapide et une ascension brusque de la température, nous feront penser à elle, surtout si le malade accuse une sensation de courbature générale. Mais une difficulté bien grande surgira si le méningisme complique cette forme spéciale de la grippe que M. le professeur Teissier (1) (de Lyon) a qualifiée de forme *pseudo-phynique*. On y remarque tous les symptômes de la vraie méningite, accompagnés de signes de ramollissements des sommets des poumons : crachats purulents, nummulaires, quelquefois souffle, gargouillements, pectoriloquie aphone. Le diagnostic en est très difficile, et M. Teissier la différencie par le début brusque, avec frissons, courbature, précocité et intensité de l'expectoration purulente, absence de bacille de Koch dans les crachats. Le ventre est souvent normal dans la grippe, et un signe important sur lequel a insisté M. Faisans (2) est cette coloration que prend la *langue* grippale et qualifiée par lui de langue *opaline*. M. Faisans a pu diagnostiquer ainsi un cas de méningisme.

La *pneumonie* et la *broncho-pneumonie* produisent souvent la symptomatologie de la méningite. L'auscultation en décelant les foyers de la maladie, établira du même coup la nature des accidents cérébraux. Le diagnostic sera facile pour tout médecin qui érige, en ligne de conduite, l'examen systématique des poumons dans les troubles méningitiques.

*La fièvre typhoïde* peut s'accompagner de symptômes

1. Teissier, *Province méd.* 1892, page 373. Lec. sur la grippe.

2. Faisans, Obs. II, *in th.* Lévêque. Paris.

cérébraux ; mais la température présente en général l'ascension classique de la première période, avec absence complète de rémission matinale. On trouve, de plus, du gargouillement et de la douleur de la fosse iliaque droite. Il y a de la diarrhée, de la tuméfaction de la rate, et des taches rosées. Il est vrai que chez les enfants l'hypertrophie de la rate est inconstante et les taches rosées manquent dans un tiers des cas : en revanche, si elles se montrent, elles sont plus précoces que chez l'adulte. La langue est rouge et effilée sur les bords. Le pouls marche de pair avec la température et l'auscultation est négative. Dans une observation de M. Grasset pourtant, le méningisme typhique simulait absolument la méningite tuberculeuse. Le séro-diagnostic de M. Widal, enfin, lèvera tous les doutes.

Dans le *typhus exanthématique* nous aurons connaissance de l'épidémie qui sévit, et nous remarquerons l'ascension brusque de la température, une fièvre intense, l'apparition d'un exanthème ressemblant à celui de la rougeole, son extrême contagiosité.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, le principal élément de diagnostic sera fourni par les douleurs articulaires, et par les bons effets du salicylate de soude.

La fièvre intermittente pernicieuse peut au moment de l'accès en imposer pour une méningite, mais le malade a habité ou habite encore un pays où sévit la *malaria* ; il a pu avoir des accès de fièvre paludéenne antérieurement ; la rate est augmentée de volume. L'intensité des accidents cérébraux est presque immédiate, et ceux-ci disparaissent rapidement par l'administration des sels de

quinine. Dans le paludisme il est nécessaire de faire le diagnostic « qui, dans l'espèce, présente une grande importance à cause de l'indication thérapeutique qu'il commande expressément. » (Jaccoud et L. Lagrave).

Tandis que les vomissements et tous les autres symptômes continuent dans la méningite tuberculeuse, dans l'*embarras gastrique* le syndrome sera vite dissipé par un vomitif. Si les troubles sont produits par l'*helminthiase*, un vermifuge montrera bientôt les corps du délit dans les selles, et « ce précepte pratique, ne doit jamais être transgressé. » Il y aura eu aussi élimination vermineuse antérieurement. Il est vrai que même avec l'*helminthiase* la méningite tuberculeuse peut exister. (obs. Bouchut).

Dans la *dentition laborieuse* : examen de la bouche, intensité et irrégularité de la fièvre. Coloration très vive de l'une des joues. Disparition de la constipation par les évacuants.

Les symptômes méningitiques peuvent se montrer au début de la *variole*. Outre la connaissance de l'épidémie, on constatera une céphalalgie moins intense ; le délire paraît presque toujours vers le troisième jour seulement. La courbe thermique est caractéristique, ascension brusque de 3° dans les premières 24 heures, continuant les 2 jours suivants en proportion moindre, et diminuant après l'apparition du premier bouton. Ainsi la fièvre est ascendante puis descendante sans plateau.

La notion étiologique aura dans le méningisme *morbilleux* une grande valeur pour établir l'origine des accidents cérébraux. La recherche du catarrhe nasal, oculaire, pharyngien fortifiera notre première impression.

L'examen minutieux du corps, en nous révélant de la desquamation, nous fera penser à la scarlatine, et ce diagnostic sera confirmé si nous nous enquérons du milieu épidémique dans lequel a vécu le malade ; si nous constatons de la rougeur de la gorge, une langue couverte d'un enduit épais, ou au contraire *framboisée*. La température monte brusquement à 40° et 41°. Mais avec la scarlatine nous nous défierons de l'*urémie*, puisque les reins sont si souvent touchés dans cette maladie. L'*urémie* s'accompagne souvent de troubles cérébraux, et à moins d'une inflammation quelconque, l'absence de fièvre est un des caractères négatifs les plus importants de ces accidents méningés. Cette particularité à elle seule suffirait à faire le diagnostic, mais la présence de l'albumine dans les urines l'élucide complètement.

..

De cette longue discussion, il résulte que le diagnostic de la méningite et du méningisme est d'une difficulté extrême si ce n'est impossible. Tous les auteurs sont à peu près du même avis. La coexistence d'une épidémie en nous faisant émettre des doutes sur la réalité d'une lésion tuberculeuse des méninges, sera pour nous un guide précieux. Dans ces infections survenant en dehors de toute épidémie, sans cause aucune, dans ces infections prenant le masque du méningisme dès le début, la difficulté diagnostique est double, puisqu'elle consiste à établir le méningisme d'une part, et d'autre part à le rattacher à une maladie infectieuse. Nous ne saurions mieux conclure que par les sages paroles de Guinon : « on peut

« être dans l'erreur soit en qualifiant de méningite tuber-  
« culeuse une affection dont la curabilité possible vient  
« donner ultérieurement un démenti formel au diagnostic  
« et au pronostic, soit en méconnaissant la maladie... Il  
« faut donc, en général, être assez réservé et surseoir  
« souvent à l'énoncé immédiat et brutal du diagnostic,  
« avant d'avoir en main les preuves les plus décisives de  
« sa réalité. En tout cas, il sera bon de faire à son sujet  
« quelques restrictions prudentes, et de ne point détruire  
« d'emblée les espérances des familles. Il arrivera parfois  
« au médecin de bénéficier de cette légitime prudence ».

## VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DE L'HERPÈS

Dans notre chapitre de *description clinique*, nous avons déjà cité l'*herpès labialis* comme apparaissant quelques jours après le début de la maladie, au milieu des autres symptômes. Nous nous proposons ici d'essayer de mettre en évidence la *valeur diagnostique et pronostique de l'éruption herpétique* pendant l'évolution du syndrome méningitique.

Dans notre observation, nous trouvons, au troisième jour, l'apparition de *nombreuses vésicules d'herpès* sur le pourtour des lèvres et du nez. En même temps que cette éruption, et les jours suivants, les symptômes s'amendèrent ou disparurent. La fièvre tomba, les vomissements cessèrent, l'hyperesthésie musculaire devint moins marquée, etc.

Nombreuses sont les observations dans lesquelles on a noté l'herpès. On le trouve surtout dans les *méningites grippales* dans les épidémies de méningite cérébro-spinale, dans le méningisme qui accompagne les *pneumonies* et les *broncho-pneumonies*, ou dans les infections directes des méninges par le *pneumocoque*.

Presque toujours l'apparition de l'herpès coïncide avec une diminution des symptômes méningitiques, et peu de jours après le malade entre en convalescence.

En 1893, Klemperer ayant observé l'herpès labialis dans

trois cas de méningite cérébro-spinale, se pose cette question, en face d'un cas de méningite dont on ne saurait affirmer ou non la nature tuberculeuse, l'herpès labial peut-il compter comme un signe diagnostique en faveur de la nature non tuberculeuse? Trois observations lui servent d'arguments :

*Premier cas.* — Jeune fille de 18 ans. Parents morts phtisiques. Douleurs de tête et étourdissements; stupeur; agitation, grande irrégularité du pouls, ventre excavé, raideur du cou. Les jours suivants, vomissements, chair de poule; deux jours après, stupeur plus grande, réaction lente des pupilles. *Apparition de l'herpès labial.* Pneumocoqué dans les vésicules herpéliques dont la virulence toutefois paraît légère d'après les inoculations expérimentales. Les jours suivants, les *symptômes méningés deviennent plus espacés*; épistaxis. A partir de ce moment, convalescence, et un mois après guérison complète.

*Deuxième cas.* — Femme de 24 ans. Quatre semaines auparavant, douleurs dans les articulations, et plus tard dans le côté gauche: ponction exploratrice donnant un liquide limpide. Le 24 février, stupeur, céphalalgie, douleur et raideur du cou; 25 février, vomissements, agitation, tremblements légers des muscles de la face; 27 février, pouls irrégulier et *herpès labial*. Les jours suivants, respiration de Cheyne-Stokes, fond de l'œil normal comme dans le cas précédent. Pupille gauche plus petite que la droite, et toutes les deux à réaction lente. L'amélioration commence à se faire et continue jusqu'à la guérison complète.

*Troisième cas.* — Jeune fille. Père mort phtisique. Fièvre, vomissements, et douleurs dans le dos; inconscience, agitation. Raideur très prononcée du cou; mouvements cloniques du bras gauche. Au sixième jour, vésicules d'herpès contenant du *pneu-*

*môcoque*. Mort le huitième jour. La culture de l'exsudat méningé donne aussi du *pneumocoquè*. Pas de trace de tuberculose.

Ces observations sont typiques. Ainsi dans deux cas (le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup>) il y a des antécédents tuberculeux, et pourtant la guérison est complète dans l'un, et la mort qui survient dans l'autre permet de constater l'absence de lésion tuberculeuse des méninges, et la présence au contraire de pneumocoque. Dans la troisième observation, la guérison survient malgré les symptômes les plus graves, après l'apparition de l'herpès. Aussi Klemperer n'hésite pas à nier la *méningite tuberculeuse* lorsqu'il y a une éruption herpétique. Notre observation peut venir à l'appui de cette opinion; comme dans les cas précédents, il y a des antécédents tuberculeux : frère mort de *méningite*, un autre frère mort de *péritonite tuberculeuse*, père atteint de bronchite chronique (?); et pourtant la guérison se fait malgré tout l'attirail de la symptomatologie méningitique. Nous pourrions reproduire bien d'autres observations où l'herpès a été noté; bornons-nous à citer celles de Vigne, Comby, Trastour, etc.

Si l'herpès indique une *méningite* autre que la *méningite tuberculeuse*, s'il n'a jamais été signalé dans la *méningite tuberculeuse*, il ne préjuge en rien de la nature exacte des micro-organismes auteurs de la maladie. Souvent le pneumocoque est en jeu, et on le retrouve dans les vésicules d'herpès; mais on peut aussi trouver le streptocoque et le staphylocoque.

La valeur diagnostique de l'herpès étant admise, étudions comment il peut influer sur le *pronostic*. Nous avons

déjà dit que la méningite tuberculeuse étant réputée mortelle, tout signe qui contribuerait à la faire éliminer donnerait en même temps l'espérance. En outre nous avons fait remarquer que l'herpès s'accompagne en général d'une diminution de l'intensité de tous les symptômes. Il en est ainsi dans deux observations de Klemperer, il en est ainsi dans la nôtre et dans beaucoup d'autres. Aussi sentons-nous le besoin de rapprocher ses effets de ceux observés dans les maladies aiguës et surtout dans la pneumonie à la suite des épistaxis, débâcles diarrhéiques, sueurs, urines abondantes, exanthèmes, etc. et décrites par M. le professeur Jaccoud comme faisant partie de cette *période critique*, précurseur de la guérison. Pourquoi l'herpès survenant au cours du syndrome de Dupré ne serait-il pas lui aussi un effet critique? En présence de cette coexistence de l'éruption herpétique et de l'amélioration de tous les symptômes, on peut se demander s'il n'y aurait pas entre ces deux phénomènes un rapport de cause à effet, et si l'éruption herpétique ne serait pas une décharge des toxines sécrétées par des agents infectieux, ou des micro-organismes eux-mêmes.

## PRONOSTIC

Le pronostic dans le méningisme est en général bénin. Tous ces phénomènes menaçants qui forcent souvent le praticien à prononcer le terrible mot de méningite, s'amendent ordinairement, sans suites fâcheuses.

Le méningisme peut évoluer de différentes façons. Chez un malade de M. le Dr Gaucher (1) les troubles méningitiques durèrent 24 heures. Chez d'autres les symptômes après avoir duré quelques jours, peuvent cesser brusquement, et le malade passe non moins brusquement dans un état de santé parfaite ; c'est là une des terminaisons fréquentes du méningisme hystérique. Dans une autre catégorie les symptômes diminueront peu à peu d'intensité jusqu'à leur disparition, et une convalescence plus ou moins longue s'ensuivra. D'ailleurs, la longueur de la convalescence n'est pas en rapport avec la longueur et l'intensité des phénomènes nerveux. D'autres malades enfin verront cesser les mêmes symptômes, et la maladie aiguë qui se cachait sous le méningisme, suivra son cours.

Tels sont les différents modes de terminaison du syndrome de Dupré. Mais il ne faut pas croire que par lui-même la pseudo-méningite ne puisse amener la mort. Celle-ci peut arriver par exagération des phénomènes nerveux. (Obs. IX *in thèse* Lestra. Lyon), et cela même sans lésion méningée. (Dupré).

1. Gaucher. *Société méd. des Hôp.* 14 mars 1890.

En règle générale on peut dire que les malades, les enfants surtout, chez qui on aura trouvé une pneumonie, une fièvre typhoïde, etc., ne doivent pas nous donner d'alarmes; leur symptomatologie méningitique s'évanouira presque toujours, et par conséquent nous ne nous hâterons pas de conclure à la terminaison mortelle. D'après le Dr d'Astros de Marseille, plus l'enfant est jeune, mieux il résistera.

Mais si le pronostic immédiat n'est pas grave, n'oublions pas qu'il peut rester des paralysies, des anesthésies hystériques, qu'il peut s'ensuivre une sclérose en plaque (et dans ce cas il y aurait eu lésion), et que la neurasthénie peut être une des complications éloignées.

Au point de vue du pronostic éloigné, il est deux considérations sur lesquelles on ne saurait trop insister : c'est qu'un enfant qui a eu une pseudo-méningite, a beaucoup de chances pour que toutes les maladies qu'il fera revêtent la forme méningitique; il peut avoir des pseudo-méningites à répétitions. Ce sera en outre, pour l'enfant, une menace pour l'avenir, car l'apparition du syndrome dénote une « vulnérabilité anormale des zones corticales, et indique la possibilité d'une méningite ultérieure ».

## TRAITEMENT

Le méningisme n'est pas une entité morbide. Ce n'est qu'un syndrome qui indique la réaction des méninges et des zones corticales, stimulées d'une manière quelconque dans une maladie dont les lésions essentielles sont souvent dans un autre point de l'organisme. Comme l'infection causale peut passer inaperçue malgré toute notre attention, (cas de Grasset *in Nouv. Montp. Méd.* 1895), le traitement sera la plupart du temps *palliatif* : il s'attachera à atténuer, à calmer les symptômes.

On combattra les vomissements par des boissons glacées, par l'eau de Seltz, par la potion de Rivière.

La céphalalgie est souvent atténuée par des compresses froides fréquemment renouvelées ; les vessies remplies de glace et laissées longtemps sur la tête finissent par fatiguer le malade et causer à la longue une vive douleur (Josias) (1) ; elles ne sont pas à recommander. Les petits vésicatoires sur la nuque ou sur le cuir chevelu peuvent déterminer des complications infectieuses par la difficulté et par la malpropreté des pansements, et laisser après eux des cicatrices indélébiles : on doit donc les proscrire.

Contre la constipation, le calomel est tout indiqué, et offre une supériorité incontestable sur tous les autres purgatifs. Chez l'enfant surtout c'est un évacuant qu'on peut répéter assez fréquemment sans qu'il débilité le

1. Josias, *Thérapeutique infantile*. O. Doin éditeur, 1896.

malade, et sans produire d'intoxication mercurielle. Il est surtout utile dans cette constipation méningitique qui a tendance à se répéter d'elle-même, et qui serait exagérée après l'effet d'un autre purgatif. Mais ce ne sont pas là tous les avantages du calomel ; nous ne perdrons pas de vue que le méningisme peut être le résultat d'une infection quelconque, et que, par sa qualité de désinfectant intestinal, le calomel est appelé non seulement à combattre le symptôme mais à lutter contre la maladie causale. Diurétique, il contribuera à faire éliminer les toxines secrétées par les microorganismes. S'il y a congestion de l'encéphale, par la révulsion qu'il produit sur la muqueuse intestinale, il dégorgera les vaisseaux du cerveau, et produira par suite la cessation des accidents.

Les convulsions, cet état d'inquiétude et d'agitation des malades, seront amendés par le bromure de potassium, et surtout par les lavements de chloral. Il ne peut pas craindre l'administration de ces médicaments, car les enfants supportent les remèdes relativement mieux que les adultes. Nous ferons une restriction pour la morphine, et pour toutes les préparations d'opium, très mal supportées dans le bas-âge.

Mais au-dessus du traitement symptomatique, il est une indication bien plus formelle ; toujours il faudra penser à l'infection causale. Supposons, par exemple, une forme méningitique de l'impaludisme ; il est aisé de comprendre les résultats que donneront les sels de quinine, lesquels en même temps qu'ils supprimeront le syndrome, feront disparaître du même coup les manifestations malarieuses.

Que la pseudo-méningite soit due au rhumatisme articulaire aigu, et le salicylate de soude donnera des résultats inespérés.

Si la thérapeutique causale n'est pas aussi brillante dans les autres maladies infectieuses, elle n'en aura pas moins une utilité incontestable, et les bains froids, la désinfection intestinale par le naphthol, le benzo-naphthol, le salol, salicylate de bismuth, calomel etc, dans la fièvre typhoïde et l'embarras gastrique, la potion de Todd, les potions à l'acétate d'ammoniaque, les contre-stimulants, les bains sinapisés dans la broncho-pneumonie, et la pneumonie combattront en même temps la cause et l'effet.

Mais que l'on connaisse ou non la maladie causale, on pensera à une infection possible, et il est une thérapeutique commune à toutes les maladies infectieuses : désinfection intestinale, lavages de la bouche pour éviter les complications secondaires, administration de boissons diurétiques pour produire une diurèse abondante, et éliminer ainsi les toxines microbiennes ; en un mot *lavage du sang*.

Le bain froid qui donne de si bons résultats dans la fièvre typhoïde, est maintenant employé dans beaucoup de maladies aiguës ; il trouve son indication dans le méningisme comme diurétique en éliminant les toxines, et pour combattre l'hyperthermie et les symptômes nerveux.

On pourrait aussi appliquer au méningisme le traitement par les bains chauds que préconisent Wolisch (1), Jennin, Ewnine (2) pour la méningite cérébro-spinale. Le malade une vessie de glace sur la tête, est mis dans un bain chaud

1. Wolisch, in *Thérapeut. Monatsheft*, 1896, n° 5 p. 251.

2. Ewnine. *Soc. de méd. scientif. de Kharkoff*.

à 25°-26° R. et élevé progressivement à 32° R. Au bout de 10 minutes, il est sorti du bain, enveloppé dans un drap et recouvert d'une couverture de laine. Wolisch explique les résultats qu'il a obtenus, par la décongestion du cerveau survenant à la suite de la congestion de la peau, et par l'élimination des toxines par la sueur.

## OBSERVATIONS

---

### État infectieux indéfini

OBS. I. — (personnelle). *Pseudo-méningite ou méningisme dans le cours d'un état infectieux. Herpès labialis. Guérison.*

M. Jeanne, âgée de 9 ans  $1/2$  ; entrée le 24 mai 1897. Salle Blanche, lit n° 25, à l'hôpital Trousseau.

*Antécédents héréditaires.* — Mère bien portante ; père atteint d'une bronchite chronique ? Un frère mort à 11 mois de méningite ; un autre frère mort récemment de péritonite tuberculeuse. Un troisième frère âgé de 16 ans bien portant. Une sœur de 16 mois également bien portante.

*Antécédents personnels.* — A 3 ans, rougeole et coqueluche.

*Etat actuel.* — Le 24 mai, vers 6 heures du matin, l'enfant a été prise de céphalalgie violente et de vomissements. A 10 heures  $1/2$  elle est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau ; elle avait alors déjà vomi 5 à 6 fois, et eut même un vomissement vert dans la salle. Elle aurait eu une selle dans la matinée, mais nous ne savons si cette selle a été provoquée. T. 39°1.

*Soir.* — Un vomissement vert porracé. Pas de selle depuis l'entrée. Langue sèche, comme rotie. Abdomen souple, non douloureux ; légère submatité au niveau de la fosse iliaque droite. Pouls régulier : 160 pulsations. Les battements du cœur ne sont pas nets, pas de souffle. L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal. La rate est augmentée de volume. La gorge est rouge et recouverte de mucosités épaisses.

*Erythème généralisé rubéoliforme.* — La petite malade est

dans le *collapsus*, se plaint toujours de céphalalgie, et présente du *subdélire*. Les pupilles sont égales et *dilatées*.

25 mai matin. — Un vomissement dans la nuit (on ne sait de quelle nature). Langue sèche, rotie. *Raideur de la nuque*. Quelques *taches pétéchiales* disséminées sur le ventre et les cuisses. Abdomen douloureux principalement au niveau de la fosse iliaque gauche. *Hyperesthésie musculaire*. Battements du cœur affaiblis *précipités*.

Céphalalgie intense. L'enfant se plaint constamment de la tête et *du cou*, un peu du ventre. Miction involontaire.

*Traitement*. — Calomel 0, 60 centigr. Lavement avec chloral 1<sup>50</sup>.

Soir. — Langue sèche. Soif intense. *Céphalalgie tenace*. Aucun vomissement dans la journée. Sous l'influence du calomel 3 selles molles noires. Quelques coliques.

*Pouls irrégulier*, 160.

*Hypéresthésie musculaire généralisée*. *Pupilles égales*, moins dilatées que la veille. Lavement avec choral : 1 gramme.

26 mai. — Un vomissement vert hier soir. Une selle dans la nuit. La température diminue. Apparition sur les lèvres et au pourtour du nez de nombreuses vésicules isolées ou en groupe (*Herpès labialis*). *Raideur de la nuque* plus accusée : *opisthotonos*. *Hypéresthésie musculaire* persistante.

Soir. — *Hypéresthésie* moins douloureuse. Le pouls est *irrégulier*. Cessation des vomissements. Deux selles verdâtres, liquides depuis ce matin. *Raideur de la nuque* persistante. Aucun signe stéthoscopique du côté des poumons ; du reste l'enfant respire bien. Lorsqu'on l'assied, elle se plaint de *vives douleurs le long du rachis*. La fosse iliaque droite n'est plus douloureuse. Une selle diarrhéique le soir.

27 mai. — Trois selles verdâtres. *Raideur de la nuque*. *Hypéresthésie musculaire* moins marquée. La température diminue.

L'enfant est moins abattue, mais se plaint toujours d'une violente céphalalgie.

*Soir.* — Deux selles jaunes normales. Disparition de la raideur de la nuque. Plus d'hyperesthésie musculaire. Céphalalgie intense et tenace.

*28 mai.* — Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite, sans douleur.

*Traitement.* — Lavage de l'intestin avec un litre d'eau boriquée à 3 pour 100. Bromure de potassium : 0,50.

Pouls régulier. Les vésicules d'herpès se sont affaïssées, desséchées et encroutées.

*29 mai.* — Disparition de tous les symptômes douloureux.

*30 mai.* — Amélioration persistante.

*2 juin.* — Même état; léger embarras gastrique.

*Traitement.* — Un verre d'eau de Sedlitz.

*4 juin.* — L'enfant complètement convalescente, se lève, joue avec ses camarades, et commence à s'alimenter.

*14 juin.* — Depuis le 4 juin la convalescence se poursuit sans incident, et l'enfant quitte l'hôpital le 14 juin pour aller à la campagne à Epinay.

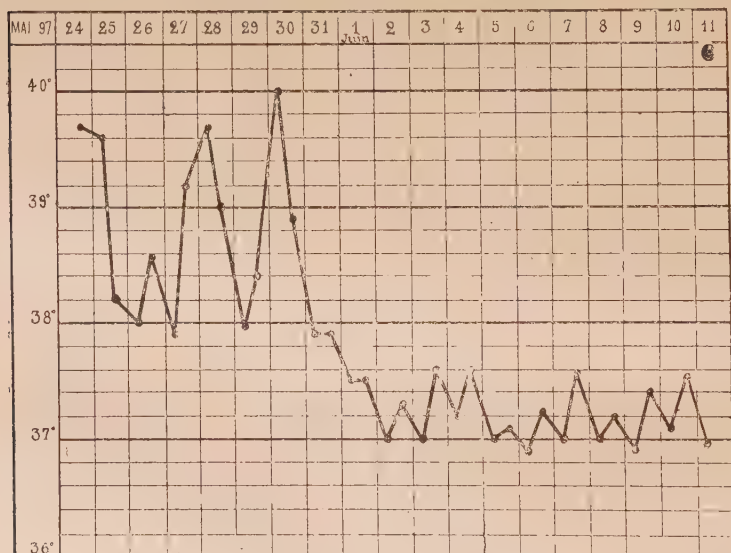
*Résumé.* — Comme on le voit cette fillette est entrée dans le service avec un *ensemble symptomatique* rappelant le tableau de la *méningite tuberculeuse*. Toutefois ce dernier diagnostic a été réservé en raison de la *soudaineté des accidents*, de l'état des *pupilles également dilatées*, de l'absence de ventre en bateau, etc. Cette pseudo-méningite qui s'est accompagnée d'une fièvre intense a cédé avec l'explosion de nombreux *groupes d'herpès* sur les lèvres et au niveau du pourtour du nez.

Avons-nous eu affaire à une *méningite pneumococcique*, à un *cas sporadique de typhus exanthématique*, à la *forme méningitique de la grippe*? Il est difficile d'être précis en présence d'un tel fait clinique sans contrôle anatomique ou bactériologique

Au point de vue pneumococcique nous n'avons trouvé aucune lésion pulmonaire. Quant au typhus exanthématique, il est bien rare dans notre pays.

Reste la grippe à laquelle il faut toujours songer, bien qu'elle ne fût guère observée à Paris au mois de mai 1897.

Quoi qu'il en soit, cette enfant, à l'occasion d'un état infectieux des plus marqués, a présenté toute la symptomatologie de la méningite tuberculeuse, une pseudo-méningite, ou pour parler un langage plus moderne, du *méningisme*. Comme il s'agit d'un fillette, nous avons le droit d'attribuer son *méningisme* à cet état infectieux qui a cédé avec l'apparition de l'herpès et à le regarder comme étant *peut être*, de nature hystérique.



### Pneumonie.

OBS. II. — (Hutinel, in *Semaine méd.*, 1852).

Le jour même où est entrée l'enfant dont je vous ai rapporté l'histoire (enfant de 4 ans, morte de méningite à pneumocoques), nous recevions, au n° 17 de la salle Parrot, une autre fillette qui

avait une céphalée intense, de la photophobie, de l'inégalité pupillaire, des vomissements et de la raideur du cou; l'erreur était possible et elle a été faite par plusieurs élèves du service. Le lendemain nous trouvâmes une *éruption d'herpès sur les lèvres*, de la matité et du souffle au sommet droit: le diagnostic de pneumonie fut établi et aujourd'hui l'enfant est complètement guérie.

OBS. III. — (Hutinel, *loco citato*).

Le 17 février 1890, on nous amena un enfant de onze ans, la peau chaude, la face congestionnée, avec du délire et des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Trois jours auparavant, il avait été pris d'un frisson unique, violent, bientôt suivi de fièvre et de vomissements. A son entrée, il présentait une raideur presque tétanique des membres, du cou et des lombes, sans trismus ni inégalité pupillaire. La respiration était fréquente, mais on ne percevait à l'auscultation que quelques râles sibilants. Successivement, nous vîmes apparaître un point de pneumonie au sommet droit, puis une éruption généralisée de purpura, de l'*herpès* au menton, de l'endocardite et plus tard enfin une pleurésie suppurée de la base droite. Concurrément avec ces différentes localisations de l'infection, nous avons observé, pendant six jours, de la contracture, du strabisme, de la photophobie, des hallucinations, du délire, de l'hyperesthésie cutanée, des irrégularités du pouls, de l'inégalité pupillaire, et pendant trois semaines une paralysie du voile du palais, qui fut le dernier symptôme à disparaître. Pendant l'enfant est guéri complètement.

OBSERVATION IV. — (D<sup>r</sup> Lepage *in th. Pochon obs. XII*) résumée.  
— *Accidents méningés au début d'une pneumonie gauche. — Pleurésie purulente consécutive. — Empyème. — Guérison.*

G. L... née en mars 1894, toujours bien portante. Père et mère bien portants; nervosisme du côté maternel,

Cette enfant est prise de malaises et de vomissements dans la soirée du 12 mai. Agitation, mouvement nerveux des mains, rêves, chaleur mordicante de la peau. Une crise de convulsions généralisées, assez longue. Pouls irrégulier ; état semi-comateux. Temps : 40° à 40°9.

Le 15 mai. — Eruption érythémateuse : Différence de respiration aux 2 sommets. Abattement ; gémissements. Respiration irrégulière suspirieuse, difficile à compter. Rougeur des pommettes, toux légère, carphologie, un vomissement. Tirage sus-sternal, souffle à la base et à l'aisselle gauche. Douleur très accusée à gauche. Souffle pneumonique.

Le 21. — Matité en bloc en arrière du poumon gauche. Trois ponctions successives donnent issue à du liquide à pneumocoque et de plus en plus purulent.

*Empyème. — Guérison.* — Le traitement a consisté : en bains, compresses froides sur la tête, suppositoires de chlorhydrate de morphine, chloral ; enveloppements avec le drap mouillé. Lavements, injections de sérum.

### Broncho-pneumonie

OBS. V. — (Albarel et Babeau in *J. de Cl. et ther. inf.* 1896)  
*Résumée. — Broncho-pneumonie chez l'enfant pouvant simuler une méningite tuberculeuse. — Guérison.*

Laurent F..., 31 mois. Antécédents tuberculeux du côté paternel et maternel ; a eu une forte diarrhée, et une chute sur la tête le 1<sup>er</sup> mai, sans conséquences graves immédiates. Le 9 : vomissements, douleurs abdominales, constipation persistante, toux légère. Le 17 : douleurs abdominales très intenses, raideur, du tronc, renversement de la tête en arrière, cris aigus, convulsions. Mouvements saccadés surtout du côté gauche, machonnement, corps courbé en arc de-cercle, respiration accélérée, pouls

*extrêmement rapide*. Quintes rauques de toux. Aux convulsions succède le *coma*, avec une *respiration stertoreuse*.

La langue et la gorge sont recouvertes de muguet le ventre est ballonné ; matité très nette, souffles et râles sous-crépitaux, aux deux sommets. Diarrhée verte. Temp. : entre 30 et 39°. Jusqu'au 23 mai on note les mêmes symptômes, avec des troubles vaso-moteurs, pupilles également dilatées, hyperesthésie cutanée. Le 24, tous les symptômes s'amendent. T. 37°7. Mais le 25 les troubles s'exagèrent de nouveau.

A partir du 26, l'amélioration progressive se fait ; et le 9 juin, l'enfant sort guéri.

### Grippe.

OBS. VI. — (Giaceri in *Gazzetta degli ospitali* 1892). *Traduction personnelle.*

Antonino C..., robuste jeune homme de 18 ans, de Modica, domicilié à Pozzallo, fut pris de frissons, suivis de fièvre intense et de céphalalgie dans les derniers jours d'avril, après s'être exposé pendant plusieurs jours à toutes les causes rhumatisantes auxquelles sont sujets les pauvres hères de la campagne. Il avait la langue fortement chargée. J'administrai un laxatif, et de la quinine mêlée à de l'antipyrine, et j'arrivai aussitôt à mitiger ces symptômes ; croyant avoir affaire à la forme ordinaire de l'épidémie, je me croyais sûr d'une prompte guérison. Mais d'autres malheurs étaient réservés à ce pauvre malade.

Un matin je fus appelé d'urgence : le malade accusait de *violentes douleurs à la tête et à la nuque*, s'irradiant dans toute la colonne vertébrale et spécialement à la portion dorsale, douleurs qui l'avaient fait crier durant toute la nuit horriblement ; la *température s'était élevée*, la *tête était tirée en arrière*, le cou

*très raide, les pupilles dilatées ; vomissements* de matières verdâtres.

Je fus convaincu devant cet état de choses, que je me trouvais en présence d'une inflammation des méninges cérébrales avec propagation probable aux méninges spinales ; j'ordonnai aussitôt un large vésicatoire sur la nuque, et d'autres le long de la colonne vertébrale, une application de sangsues à la région mastoïdienne, et à l'intérieur 50 centigrammes de calomel ; vessie de glace sur la tête. Avec ce traitement et en alternant le calomel avec de fortes doses d'iodure et de bromure de sodium, 20 jours s'écoulèrent pendant lesquels on nota des remissions marquées et de fortes recrudescences des symptômes, lorsque, au 18<sup>e</sup> jour de la maladie, le patient tomba dans un coma profond, il perd la parole, paraît hébété et difficilement on arrive à lui faire avaler quelques cuillerées de bouillon. Je répète les sangsues, on maintient la glace sur la tête, et j'augmente la dose de bromure et d'iodure de sodium, sans oublier le calomel. Le malade urine et fait dans le lit. Il reste ainsi entre la vie et la mort pendant 4 jours environ, lorsque peu à peu il commence à ouvrir les yeux et à les remuer, donnant signe de vie, s'améliorant peu à peu et ressentant les besoins d'uriner et d'aller à la selle. Après quelques jours, il fait signe avec la main qu'il a faim. Plus de fièvre. J'observe que la température axillaire, élevée dans les premiers jours, se maintient peu élevée, oscillant entre 38° et 38° 1/2 centigr.

Ayant revu le malade quelques jours après, je l'ai trouvé dans des conditions générales très satisfaisantes, mais complètement *ataxique* avec *paralyse faciale* marquée à la moitié droite du visage, (bouche tirée vers le côté gauche), et *parésie du membre supérieur droit*. Il conserve la sensibilité dans les parties lésées, et la démarche est complètement régulière.

OBS. VII. — (Thèse de Levêque Obs. I). (*Résumée*). — *Grippe*.

*Méningisme. Pouls et respiration irréguliers. Inégalité pupillaire. Extrême mobilité des symptômes. Guérison.*

M... Alphonse, 8 ans, entre le 30 décembre 1892. Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole et scarlatine à 6 ans. Début 15 jours avant l'entrée par des douleurs de tête et de ventre. Il y a eu plusieurs vomissements bilieux ou alimentaires. Pas d'épistaxis. Constipation dès le début. Toux depuis quelques jours.

*A l'entrée.* — Attitude en chien de fusil ; l'enfant grognon ne répond pas aux questions. De temps en temps cri plaintif et prolongé. En insistant on ne peut en tirer que ces mots : « J'ai mal à la tête ». Raideur complète de la nuque. Ventre rétracté. Pouls à 112°, petit, irrégulier, intermittent (une intermittence toutes les 8 ou 10 pulsations). Pupille gauche un peu plus large que la droite. Respiration irrégulière, de temps en temps une pause. Langue saburrale. Constipation opiniâtre.

31 décembre. — Mêmes signes. La nuit, le malade a crié continuellement, T. 39°. Il n'y a pas eu de vomissements, T. 37° TRAITEMENT : calomel. Le soir T. 39°2.

1<sup>er</sup> janvier, matin. — T. 37°. L'enfant est très abattu, le ventre est maintenant ballonné, une selle diarrhéique, pas de taches rosées. Cris plaintifs continuels. Persistance de la raideur de la nuque, des signes respiratoires et circulatoires. Poumon normal à la percussion et à l'auscultation. TRAITEMENT : Antipyrine. Le soir, T. 38° 9.

2 janvier. — La constipation reparaît. T. matin, 38°. T. soir, 38°5. Lavements.

3 janvier. — Même attitude, même raideur de la nuque ; mais la nuit a été meilleure, la constipation a cédé, le ventre est de nouveau ballonné. Respiration régulière, plus d'intermittence du pouls. L'enfant, moins abattu, répond aux questions. TRAITEMENT : bains froids dans l'hypothèse d'une grippe à forme méningitique. T. du soir 38°5.

4 janvier. — Amélioration sensible. Enfant plus éveillé; l'attitude pelotonnée a cessé, mais non la raideur de la nuque, ni la céphalagie. T. matin 36°8, à midi (38°5), bain. Le soir, l'amélioration persiste et cependant la température est brusquement remontée à 39°4. Après un bain elle tombe à 37°.

Les jours suivants l'amélioration continue : seule une légère raideur de la nuque persiste, et le 10 janvier, l'enfant peut être considéré comme guéri.

Mais le 11, il y a eu un *vomissement bilieux à caractère cérébral*. L'enfant redevient bruyant et reprend son attitude en *chien de fusil*.

12. — T. m. 38°6. Les symptômes méningitiques (*raideur de la nuque, raie méningitique, pouls à 101, irrégulier comme la respiration*), réapparaissent et reprennent leur intensité primitive. *Traitement* Calomel. T. s. 38°.

13. — L'état semble un peu meilleur. Plus de céphalalgie, l'attitude en chien de fusil a cessé, mais l'enfant est toujours très abattu, le pouls légèrement irrégulier. T. m. 36°6. T. s. 36°8.

14. — T. m. 37°2. T. s. 39°5. Le malade est couché en chien de fusil. Réapparition de la céphalée. Exagération de la raideur de la nuque, ventre rétracté. Constipation opiniâtre. Pouls petit, inégal. Respiration irrégulière.

15. — Idem. T. m. 37°4. T. s. 37°3.

16. — Amélioration considérable, évoluant progressivement jusqu'à la guérison qui est complète le 1<sup>er</sup> juin.

### Fièvre typhoïde.

OBS. VIII. — Piccini *in Gazz. degli Ospit.* 1893. *Un cas anormal de méningo-typhus abortif (Traduction personnelle).*

Francesco, âgé de 17 ans de Ara (Novara) est un jeune homme très robuste et normalement développé : à l'exception d'une

helminthiase, et d'une légère anémie qu'il a eues dans le cours de l'année 1891, il n'a jamais souffert d'aucune maladie. Le père robuste, eut la fièvre typhoïde à 41 ans, et mourut à 61 ans de cardiopathie; la mère, encore vivante, excepté quelque fièvre miasmatique, a toujours joui d'un bonne santé; bien menstruée, elle eut neuf accouchements tous à terme, et heureux; frères, sœurs, parents collatéraux tous sains et robustes.

Au commencement de novembre 1892, il quitta Sala de Marghita où il travaillait, et accusa dans les premiers jours de son séjour au sein de sa famille, une *légère céphalée* et de l'*inappétence*, tandis que la nuit le *sommeil était agité, troublé par des rêves étrangers et plein d'angoisse*. Le 18 il fut pris à l'improviste, d'un côté seulement, d'une *céphalalgie* à laquelle s'ajoutèrent une *forte fièvre* et du *délire*.

Appelé aussitôt, et ayant examiné aussi soigneusement que possible le malade, je trouvai ces importants symptômes. *Pouls tendu, dur, avec ondée sanguine violente. Température axillaire 40°,5. Face apathique, et état saporeux; violente céphalalgie tant au front qu'au sommet de la tête, avec délire; conjonctives injectées, pupilles inégales, et ne réagissant pas à la lumière, nausées et vomissements; toux légère, sans crachats, hyperesthésie cutanée.*

A cause de l'état grave du malade, j'ajournai à un autre jour son examen plus détaillé, et en attendant, je prescrivis quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, de la glace sur la tête et à l'intérieur.

Le lendemain, ayant examiné le malade minutieusement, je le trouvai dans le décubitus dorsal : *visage apathique, perte de la conscience, hyperesthésie cutanée*. Rougeur du visage normalement diffuse, mais *intense*. *Conjonctives et sclérotiques injectées, inégalité des pupilles, ne réagissant pas à la lumière*. *Narines pincées, lèvres et gencives rouges, langue sèche et sale,*

légère toux sans crachats. Cou normal, avec pulsations des carotides et des jugulaires, thorax normal avec grande fréquence de la respiration. La percussion est négative; tandis qu'à l'auscultation en avant, on trouve un murmure vésiculaire affaibli, en arrière on remarque des ronchus secs dans toute l'étendue du poumon, plus fins dans les régions scapulaire et sous-scapulaire de droite. Rien d'anormal au cœur, excepté les révolutions et bruits cardiaques très vigoureux, très fréquents; il en est de même à tous les foyers d'auscultation. L'abdomen a une forme convexe; à la palpation rapide, le malade a des contractures douloureuses et ne ressent rien à la palpation lente et profonde. Examen des reins, rate, foie négatif.

18 nov. 1892. — T. axillaire 40°,5. Pulsations 120. Resp. 32. Pouls tendu et dur, état saporeux, violente céphalalgie, avec délire, conjonctives et sclérotiques injectées, pupilles inégales ne réagissant pas à la lumière. Nausées et vomissements, toux légère sans crachat, hyperesthésie cutanée.

19 nov. — T. axillaire 39°,8. Puls. 102. Resp. 27. Le délire cesse, nausées et vomissements. Les autres symptômes persistent sans danger.

20 nov. — T. ax. 39°,2. — Puls. 102. Resp. 26. Pouls dicrote, céphalalgie moins intense, conjonctives et pupilles presque normales, mais réagissant peu à la lumière; les autres symptômes persistent aussi accentués.

21 nov. — T. ax. 40°,2. Puls. 122. Resp. 32. Les phénomènes précédents ne changent pas. Zones hépatiques et spléniques normales.

22 nov. — T. ax. 39°,6. Puls. 100. Resp. 24. Céphalalgie diminuée. Légère réaction des pupilles à la lumière. Langue sèche et sale, légère sensation de gargouillement dans les deux fosses iliaques. L'hyperesthésie cutanée est toujours la même. A la palpation le corps s'agite de *mouvements convulsifs*.

23 nov. — T. ax. 39°,8. Puls. 102. Resp. 26. Mêmes symptômes qu'hier, on trouve augmenté l'état soporeux, et la sensation de gargouillement disparue.

24 nov. — T. ax. 39°,6. Puls. 99. Resp. 21. Mêmes symptômes.

25 nov. — T. ax. 39°,9. Puls. 103, Resp. 27. Pupilles normales, céphalalgie presque disparue, langue sèche et sale, haleine fétide, soif très ardente. Respiration régulière, râles ronflants humides dans toute l'étendue des poumons. Révolution cardiaque et bruits normaux, état soporeux, hyperesthésie cutanée.

26 nov. — T. ax. 32°,3. Puls. 100. Resp. 25. Mêmes manifestations.

27 nov. — T. ax. 39°,2. Puls. 100. Resp. 24. Céphalée disparue. On trouve une *stomatite simple*, langue rouge et détergée ; cœur, foie, rate, normaux. Sueurs profuses la nuit. Douleurs aux articulations inférieures, hyperesthésie cutanée diminuée.

28 nov. — T. ax. 40°. Puls. 120. Resp. 30. *Symptômes précédents plus accentués.*

29 nov. — T. ax. 37°,5. Puls. 120. Resp. 30. Stomatite disparue. Quoique amendées les douleurs articulaires et l'hyperesthésie cutanée persistent.

30 nov. — T. ax. 37°,5. Puls. 90. Resp. 20. Toux, râles, sueurs, douleurs disparaissent à peu près, tandis que la température revient à l'état normal. Le malade bien plus fort, quitte le lit et entre en pleine convalescence.

Les urines, durant tout le cours de la maladie, présentèrent une réaction acide, un grand dépôt avec beaucoup d'urates, naturelle manifestation de la fièvre, et très légères traces d'albumine le premier jour de la maladie.

Les décharges alvines furent de 2 à 4 dans les 24 heures, avec une quantité variable de 200 à 600 gr. par jour. Les fèces se

présentèrent de couleur jaune claire, liquides, d'odeur très fétide, ammoniacale, pas de selles le 23, une seule consistante les jours suivants.

Le traitement fut purement symptomatique, et de manière à soutenir les forces du malade. Après avoir décongestionné le cerveau, on usa d'antithermiques désinfectants contre la température élevée et les symptômes nerveux ; d'expectorants pour le catarrhe bronchique ; de frictions calmantes pour les douleurs articulaires. Lait, bouillon, boissons alcooliques pour soutenir les forces du malade.

Le diagnostic n'est pas douteux : j'exclus une pneumonie avec méningite secondaire, qui quoique fréquente, est pourtant très anormale, et conserve dans tous les cas des caractères qui assurent le diagnostic. En ce cas les phénomènes subjectifs et objectifs concluent indubitablement pour un catarrhe bronchique, lequel accompagne généralement les *infections typhiques*, mais jamais pour un processus pulmonaire.

En considérant bien et en étudiant les phénomènes observés bien qu'on n'ait pas pratiqué d'examen bactériologique, je crois quand même qu'il n'y ait pas de doute sur le diagnostic d'infection typhique, d'autant plus que la personne attachée à soigner notre malade, eut la *fièvre typhoïde* peu de temps après. En prenant toujours pour guide les symptômes, surtout nerveux et cérébraux, il me semble que l'on puisse affirmer avec certitude le diagnostic de *ménigisme typhique* ; abortif par la durée et anormal par l'absence d'incubation, *fièvre* atypique, absence de gargouillement iléo-cœcal, apparence normale de la région splénique, durée anormale, et guérison par crises.

OBS. IX. — (Obs. VII, *in* thèse Noblet). — *Ménigisme au cours d'une fièvre continue.*

M. A. T..., 35 ans. Bien portante jusqu'alors ; étant jeune a eu quelques attaques de nerfs.

Depuis quelques jours elle se plaignait d'un *mal de tête intense* avec *courbature, inappétence, insomnie* et constipation opiniâtre, quand brusquement elle fut prise de *délire violent* avec *hyperesthésie généralisée*. Les pupilles sont dilatées. Avec le doigt on fait facilement apparaître la *raie méningitique*.

T. 38°,5. P. 112.

Photophobie très marquée.

*Vomissements bilieux faciles sans efforts*, survenant plusieurs fois dans la journée.

Le délire est toujours très marqué.

Pas de diarrhée. Constipation persistante.

Ventre rétracté en bateau.

Le diagnostic était ainsi hésitant quant au bout de six à sept jours je pus constater sur tout le corps une *éruption de taches rosées* bien caractéristiques. Tous les doutes étaient donc levés, et je pus faire alors le diagnostic de *dolhiéwentérie*. Au bout de peu de temps le malade fut complètement rétabli.

### Paludisme.

OBS. X. — (J. Simon, in *Semaine Méd.* 1887, p. 231). *Un cas de pseudo-méningite paludéenne.*

Je me rappelle avoir vu, il y a quelques années, dans un des quartiers avoisinant le canal Saint-Martin, un jeune enfant de deux ans et demi, dont le frère, quelque temps auparavant, était mort atteint de troubles cérébraux innommés, mais rappelant à bien des égards la méningite tuberculeuse. Le petit malade avait présenté des *vomissements*, de la *céphalée*, des *convulsions* les jours précédents et, lorsque je le vis, il était dans le *coma* presque complet; jugeant la situation désespérée, je portai un pronostic des plus défavorables, et, sans grand espoir, je l'avoue, je lui fis prendre à plusieurs reprises, dans la journée, du sulfate de quinine jusqu'à 0,70 centigrammes, dans

les vingt-quatre heures. L'enfant était si abattu, si étourdi, le *pouls se ralentissait* à un degré tel que nous lui administrâmes de fortes doses de café pour chercher à le sortir de la torpeur dans laquelle il était plongé ; le lendemain, cependant, l'intelligence semblait un peu plus dégagée et, de nouveau, il prit une dose de quinine de 0,50 centigrammes, mais je m'attendais à apprendre à chaque instant l'issue fatale qui suit de si près la rémission dans la méningite. Aussi, lorsque j'arrivai à l'heure de ma visite habituelle, le surlendemain, quel ne fut pas mon étonnement de voir le petit malade, condamné de la veille, souriant au milieu de ses jouets favoris !

Ce qui rend ce fait encore plus intéressant et plus démonstratif, c'est que, après deux ou trois mois, malgré le changement de quartier, mon petit malade fut pris de nouveau des mêmes accidents, convulsions, vomissements, et que, comme la première fois, le sulfate de quinine le guérit radicalement en fort peu de jours ; depuis il est devenu un grand garçon de parfaite santé.

OBS. XI. — Dujardin-Baumetz. *Soc. M. Hop.* 1878. *Résumée.*

Garçon de 23 ans, ayant des accès de fièvre intermittente mal caractérisés, journaliers, et résistant au sulfate de quinine. L'état s'aggrave, on pense à une fièvre typhoïde. *Constipation.* (12 octobre 1878).

*Le 3 novembre.* — Amélioration forte ; mais le lendemain : *céphalalgie, photophobie, insomnie, pouls fréquent*, (100 puls.). Puis le pouls baisse à 48°, les pupilles sont inégales ; *strabisme, respiration rare, coma.* Contracture du côté gauche, *rareté toujours extrême du pouls*, température entre 36 et 37°. La *respiration devient lente et inégale.*

Le 16, l'amélioration commence et se poursuit les jours suivants.

Le traitement avait été : calomel à doses fractionnées, bromure de potassium, glace sur la tête.

### Infections gastro-intestinales.

OBS. XII. — (Jouin, *in th. Pochon* : Obs. XII).

E. R..., âgée de 3 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Une sœur morte de pneumonie survenue au cours d'une coqueluche.

Pendant un mois l'enfant présente de la tristesse, de l'inappétence et maigrit sensiblement. Elle était atteinte d'une constipation opiniâtre qui cédait difficilement aux divers moyens employés pour la vaincre. Puis apparut une violente céphalée accompagnée de tous les autres signes de la méningite. Constipation invincible, ventre rétracté. A. Ollivier appelé en consultation porta le diagnostic ferme de *méningite tuberculeuse*. Cependant sous l'influence de plusieurs doses de calomel, il se produit subitement une violente débâcle. A la suite de l'expulsion d'un grande quantité de matières fécales, l'enfant fut rapidement soulagée ; les symptômes s'amendèrent et la guérison fut complète.

L'enfant a aujourd'hui dix ans, et se porte bien ; elle n'a présenté depuis aucun accident semblable.

### Rhumatisme articulaire aigu.

OBS. XIII. — (D<sup>r</sup> Jouin *in thèse Pochon*). (*Résumée*).

Madeleine T..., 7 ans. Mère morte, très nerveuse et impressionnable ; trois frères et sœurs un peu chétifs, très nerveux. Elle-même a eu des convulsions dans sa première enfance. La maladie actuelle débute par un changement brusque de caractère, l'enfant est maussade, triste, refuse de jouer, se plaint de la tête. Une semaine après, vomissements, et la céphalalgie

s'aggrave. Constipation, photophobie, inégalité pupillaire, fièvre et irrégularité du pouls. Cadet de Gassicourt diagnostique une méningite tuberculeuse. Cris hydrocéphaliques, stupeur, délire. Quelques jours après l'enfant se plaint de douleurs dans la hanche et le genou droit, exagérées par la pression et les mouvements. Cadet de Gassicourt, après examen sous le chloroforme, songe à une manifestation rhumatismale, et, en effet, par l'administration du salicylate de soude, la guérison se fit en 48 heures.

### Rougeole.

OBS. XIV. — (Cadet de Gassicourt. *In traité clinique des mal. de l'enf.*) (Résumée).

L. R..., onze ans, bien portante d'habitude; parents vigoureux, frère mort tuberculeux. Elle a la rougeole accompagnée d'une fièvre et d'une agitation un peu excessives qui s'aggravent au moment où l'exanthème disparaît. *L'agitation est extrême, le délire constant.* L'enfant pousse des *hurlements*, refuse de manger, ne répond pas. *Photophobie*, regard fixe, *pupilles dilatées*; contraction spasmodique des muscles du visage; pouls régulier (84 puls.). *Nausées*, rétention complète d'urine, *constipation opiniâtre, ventre aplati.* On diagnostique *méningite*; le pouls tombe à 60, l'amaigrissement est extrême, langue sèche, brunâtre; *troubles vasomoteur, respiration longue et plaintive, cris hydrocéphaliques.* *La stupeur alterne avec un délire d'une violence inouïe.* Le regard est fixe et méchant, le nez s'effile. Les accidents datant déjà de onze jours, et le médecin et la famille perdent espoir. Mais le quatorzième jour, le calme survient et s'accroît les jours suivants. On croit à une accalmie simple, mais la guérison complète se fait, et 5 ans après elle ne s'était pas démentie.

OBS. XV. — Bouchut *in Traité pratique des maladies des enfants. Pseudô-méningite morbillieuse.*

Jeanne R..., âgée de trois ans, entrée le 14 juin 1869. Cette enfant, habituellement bien portante, nous est présentée par sa mère qui, ayant perdu l'an dernier une autre fille de *méningite*, nous dit que celle-ci a les mêmes symptômes que l'ainée. En effet, elle est triste, somnolente, se plaint de la tête continuellement, vomit depuis dix jours très fréquemment, ne va pas à la garde-robe, et elle a le pouls ralenti, irrégulier, intermittent. Pendant ces dix jours, la mère l'a présentée deux fois à la consultation de l'hôpital, et c'est à la deuxième fois qu'elle me pria de la recevoir dans mon service.

Je le fis volontiers, et je l'observai encore deux jours avec les mêmes symptômes, avec des phénomènes congestifs partiels dans ses deux papilles, dont une moitié était hyperhémisée lorsque, enfin, quarante-huit heures après son arrivée, je crus voir quelques papules de rougeole sur le visage, du larmolement et du coryza. C'était un commencement de rougeole.

L'éruption sortit les jours suivants, se dissipa en quelques jours sans complication, et l'enfant ne tarda pas à guérir. Son pouls resta irrégulier, l'appétit se réveilla, et elle sortit le 1<sup>er</sup> juillet.

### Scarlatine.

OBS. XVI. — Bouchut (*Maladie des enfants*).

C'était en 1869. Une fille de six ans, prise de convulsions répétées, suivies de fièvre, avec vomissements sans diarrhée, mourut en trois jours. Le premier, elle eut trois ou quatre convulsions fortes et prolongées, puisqu'elle vomissait tout ce qu'elle prenait de boissons ; au second jour, elle eut encore quelques vomissements, puis le troisième elle cessa de vomir ; une éruption indéterminée commença à se montrer sur le

dos, et survint une nouvelle convulsion qui l'emporta. On n'eut jamais su de quoi il s'agissait si la sœur n'eût été en même moment prise de scarlatine. Voici ce qui eut lieu :

La sœur, le lendemain des funérailles, fut prise de vomissements continuels avec délire, forte diarrhée avec fièvre, ce qui fit croire à un choléra ; mais, au bout de vingt-quatre heures, je la vis avec mal de gorge et un commencement d'éruption scarlatineuse, dont j'ai pu suivre l'évolution. C'était, comme chez sa sœur, une *scarlatine maligne*.

### Variole.

OBS. XVII. — (Bouchut, in *Traité des maladies des enfants*). — *Pseudo-méningite prodromique de la variole*.

J'ai vu en 1869, un fait de ce genre ; il était en rapport avec l'invasion d'une variole. C'était à l'hôpital : le 12 avril, une fille de 2 ans, non vaccinée, est prise de fièvre, de céphalalgie, de constipation, de vomissements pendant deux jours, d'inégalités et d'intermittences du pouls. Ce fut une variole, et l'enfant guérit.

OBS. XVIII. — (Bouchut, *loco citato*, obs. III). — *Pseudo-méningite initiale d'une éruption de variole*.

Berthe B..., entrée le 23 mars 1869, âgée de 3 ans. Cette enfant, qui est à l'hôpital depuis quelque temps pour une *hémiplégie* dont l'observation a été prise à un autre point de vue, fut atteinte d'une affection aiguë intermittente le 9 avril. Après une nuit agitée, elle a vomi, s'est plainte de la tête, et a eu de la fièvre avec grande chaleur à la peau et soif vive.

Le 10. — Elle vomit encore, avait toujours mal à la tête, avec grande chaleur fébrile, un pouls inégal, intermittent (116), et un peu de constipation.

Au troisième jour, il se montre sur le corps une éruption de

papules qui seules indiquent une variole, car l'enfant n'est pas vaccinée.

Le 11. — Même état.

Le 12. — Les vomissements, la céphalalgie, la constipation, l'intermittence du pouls continuent, sans somnolence, ni délire, et les pustules, restant discrètes, ont fait quelques progrès. Pouls à 140.

23 avril. — Aussitôt l'éruption faite, elle resta stationnaire et la fièvre tomba, puis les pustules continuant leur développement, s'entourèrent d'une auréole inflammatoire, suppurèrent lentement, gardant assez longtemps le pus dans leur intérieur, et s'accompagnèrent d'une fièvre secondaire assez vive, puis la dessiccation se fit lentement et était encore en pleine activité le 22 avril.

Rien ne vint entraver la marche naturelle des choses jusqu'au retour complet de la santé, sauf l'hémiplégie que l'enfant conserva, bien entendu, après être restée levée pendant quelques jours.

### Erysipèle.

OBS. XIX. — (*Diphthérie amygdalienne, avec erysipèle de la face et grave congestion méningée. Giaceri, in Gazz. degli ospitali, 1892. Traduction personnelle résumée.*)

R. N..., cordonnier, 40 ans, amygdales tuméfiées et recouvertes de fausses membranes, voix nasonnée, etc. A ces symptômes s'ajoute un erysipèle qui débute par les ailes du nez. Le visage est œdémateux et couvert de phlyctènes. Mais pendant que l'erysipèle diminue le pouls devient irrégulier, très fréquent; collapsus. Délire très violent. Loquacité exagérée; quarante-huit heures après, tout rentre dans l'ordre.

L'auteur attribuerait le collapsus aux toxines diphtériques, et les phénomènes méningitiques au processus érysipélateux.

## CONCLUSIONS

1° Les antécédents nerveux sont la grande cause prédisposante du méningisme. Un enfant entaché de nervosisme a beaucoup de chance pour que toutes ses maladies prennent la forme méningitique.

2° La tuberculose héréditaire et personnelle se retrouve dans un grand nombre d'observations de méningisme ; elle joue donc un grand rôle dans la production de ce syndrome, et sa constatation ne doit pas nous faire affirmer catégoriquement la tuberculisation méningée.

3° Toutes les maladies infectieuses, apparentes ou larvées, aux différentes phases de leur évolution, peuvent engendrer des phénomènes méningitiques.

4° Les maladies infectieuses peuvent produire non seulement le méningisme sans lésion des méninges, mais aussi un complexe méningitique du à un commencement de méningite coccique. En voulant dire méningisme dans le premier cas, méningite dans le second, on s'expose à confondre les deux, car les signes différentiels n'existent pas. Le champ du méningisme doit donc comprendre aussi bien les manifestations méningées sans base anatomique, qu'avec lésion légère des méninges.

5° Bien souvent les troubles méningitiques ne sont qu'une forme de l'hystérie réveillée ou mise en jeu pour la première fois par l'infection. Mais on ne doit pas faire de l'hystérie le facteur unique du méningisme.

6° L'intensité des symptômes n'est en rapport direct ni avec l'intensité de la lésion anatomique, ni avec la dose des toxines ; la réaction varie suivant l'âge d'abord et ensuite suivant la sensibilité spéciale à chaque malade.

7° L'herpès survenant au cours du syndrome de Dupré, offre une grande valeur diagnostique : il fera éliminer la tuberculose des méninges, et par conséquent, le pronostic sera moins sévère puisque la guérison sera possible.

8° Très souvent, à la suite de l'éruption herpétique, les symptômes s'amendent, et l'on pourrait se demander si cette éruption ne serait pas une décharge de toxines, ou même un phénomène critique dans le genre de ceux qui ont été décrits par M. le professeur Jaccoud. (Sueurs, épistaxis, diarrhée etc.)

---

Vu par le Président de la thèse

DIEULAFOY

Vu par le Doyen,  
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

## BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Des méningites microbiennes (Th. de Lyon, 1889).  
— Méningites microbiennes (Gaz. des hop. 28 juin 1892).
- ALBAREL et BABEAU. — Broncho-pneumonie chez l'enfant pouvant simuler une méningite tuberculeuse. — Guérison (J. de clin. et ther. infantile. 17 sept. 1896).
- AUGUIN. — Signification clinique du méningisme dans la grippe. (Th. Lyon 1895-96).
- BARDOL. — De l'hystérie simulatrice des maladies organiques de l'encéphale chez les enfants (Th. Paris 1892-93).  
— Syndromes hystériques simulateurs de la méningite (Rev. des mal. de l'enf. 1893).
- BERGÉ. — Pseudo-méningite pneumonique (Rev. des mal. de l'enf. 1893, p. 376).
- BEZY. — Formes de la méningite chez l'enfant (Rev. des mal. de l'enf. 1893).
- BOUCHUT. — Traité des maladies des enfants.  
— Des complications cérébrales et cérébro-spinales dans la fièvre typhoïde (Gaz. des hop. 1875).
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 3<sup>e</sup> vol.
- CAVASSE. — La méningite tuberculeuse et le méningisme (Rev. de la tub. 1896 p. 222).
- CHANTEMESSE. — Pseudo-méningite hystérique. — Inversion de la formule des phosphates urinaires (Bul. de la soc. méd. des hop. 1891 p. 258).
- CLAISSE. — Un cas de pseudo-méningite (Presse méd. 1892, p. 249).
- COMBY. — Le méningisme chez les enfants (Gaz. des hop. 1896, p. 268).
- COMBY ET FRENKEL. — Un cas de pseudo-méningite cantharidienne (Soc. méd. hop. 1896).

- CONTARIE. — Sur l'hystérie chez les jeunes enfants (Th. Paris, 1896-97).
- CORNIL ET DURANTE. — Des accidents cérébraux curables dus à la grippe (Bul. de l'acad. de médecine 1895, p. 215).
- CURTI. — Localizzazioni meningee d'origine influenzale (Pediatra, juillet 1895).
- DUPRÉ. — Manuel de médecine 3<sup>e</sup> vol.  
— Du méningisme (Congrès de Lyon 25 octobre 1894, 2<sup>e</sup> séance).
- FOSSE. — Les troubles respiratoires dans la méningite tuberculeuse de l'enfant (Th. Paris 1896-97).  
— Les sécrétions dans la méningite (Journal de cl. et théér. inf. 1897, p. 805).
- LE GENDRE. — La grippe actuelle chez les enfants (Rev. pratique d'obst. et d'hygiène de l'enf. 1889).
- GIACERI. — Méningite da influenza (Gazz. degli ospitali 1892, p. 839).
- GRASSET. — Un cas de pneumococcie meningee suivie de guérison (Nouv. Montp. méd. 1894, p. 317).  
— Méningisme dans le cours d'une fièvre typhoïde à marche anormale (Nouv. Montp. méd. 1895, p. 317).
- GUINON. — Traité de médecine Charcot-Bouchard.
- GALLIARD. — Contribution au diagnostic du méningisme (Soc. med. hop. 27 décembre 1895).
- HUTINEL. — Des méningites à pneumocoques et des symptômes méningitiques dans les pneumonies (Semaine méd., 1892, p. 249).  
— Méningisme (Journal de clin. et théér. inf. 1896 p. 76).
- JACCOUD et L. LAGRAVE. — Dictionnaire de Jaccoud. Art. méninges
- KLEIN. — Deux cas de méningite tuberculeuse guéris (France Méd., 1891).
- KLEMPERER. — Herpès labial et méningite (Berl. Kl. Wochenschrift 1893, n° 29.)
- LANDEL. — Contribution à l'étude clinique de la méningite tuberculeuse chez l'adulte (Th. Paris, 1895-96).
- LÉPINE. — Pseudo-méningite grippale (Rev. de Méd. 1895 p. 505. Clinique de Lyon).
- LESTRA. — Grippe à déterminations méningées (Th. Lyon, 1893-94).
- LEVÊQUE. — Pseudo-méningite grippale chez l'enfant (Th. Paris, 1893-94.)

- LEVILLAIN. — Contribution à l'étude de la méningite par la bacille d'Eberth (Th. Paris 1894-95).
- LORRAIN. — Méningite aiguë à staphylocoques (Gaz. des hôp., 1895 p. 1394.)
- MARFAN. — La fièvre typhoïde chez les enfants (Tribune méd., 1895 p. 294).
- La ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse (Presse méd., 8 septembre, 1897).
- MARTIN. — Du méningisme dans la fièvre typhoïde (Th. Montpellier, 1894-1895).
- MONESTIER. — Contribution à l'étude du diagnostic de la pseudo-méningite avec la méningite tuberculeuse (Th. Montpellier, 1892-93).
- NACCIARONE. — Manifestazione nervosa nella malaria (Riforma medica, 1897).
- NOBLET. — Le méningisme (syndrome de Dupré) (Th. Paris, 1895-96).
- NOGUÈS. — (Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Toulouse 2 au 8 août 1897). Méningite hystérique chez une fille de 10 ans.
- PICCINI. — Un caso anomalo di meningio-tifo abortivo. (Gazz. degli ospitali, 1893 p. 951.)
- PITRES. — Leçons sur l'hystérie et l'hypnotisme, p. 206.
- POCHON. — Méningisme et méningites (Th. Paris 1893-97).
- RABION. — Un cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux (Rev. gén : de clin. et de thér., 1890 p. 206.)
- RENDU. — Angine et méningite à pneumocoques (Gaz. des hôp. 1891 p. 593.)
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 1884.
- ROESCH. — Recherches et considérations sur le méningisme chez les enfants (Th. Paris, 1895-96.)
- ROMME. — Le méningisme. Revue critique (Presse médicale. 1896 p. 201.)
- SÉGLAS. — Rougeole. Infection secondaire. Confusion mentale. Pseudo-méningite. (Press. méd., 1897 p. 493.)
- SÉGLAS et DUPRÉ. — Méningisme et confusion mentale (Congrès de Nancy, août 1896.)
- SEVESTRE. — De la pseudo-méningite grippale (Soc. méd. Hôp. 1890 p. 260.)

- SEVESTRE. — Un cas de méningite grippale (Rev. des mal. de l'enf., 1893 p. 289.)
- J. SIMON. — Un cas de pseudo-méningite paludéenne (Semaine méd., 1887 p. 221.)
- Sur un signe constant de la méningite au début (Gaz. des hôp., 1893 p. 250.)
- TOURNIER. — De la température dans la méningite tuberculeuse (Th. Nancy, 1892-93.)
- TRASTOUR. — De la forme cérébrale de la grippe. (Th. Paris 1892-93.)
- TUZA. — Un cas de pseudo-méningite hystérique (Province méd., 1892 p. 365.)
- VARIOT. — Méningisme dû à l'helminthiase (Journal de Cl. et thér. inf., 27 février 1896.)
- VIGNE. — Relation d'une épidémie de méningite cérébro-spinale (Th. Paris, 1894-95.)
- VIREY. — Etude clinique sur quelques formes nerveuses de la grippe (Th. Paris 1892-93.)









